Irina Holdevici

Sugestiologie și psihoterapie sugestivă

Editura Victor

FUNDAŢIA UNIVERSITARĂ HYPERION
UNIVERSITATEA HYPERION
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE-SOCIOLOGIE

IRINA HOLDEVICI

SUGESTIOLOGIE ŞI PSIHOTERAPIE SUGESTIVĂ

11. Martie 2001

EDITURA VICTOR
BUCUREŞTI • 1995

Toate drepturile rezervate EDITURII VICTOR

Tehnoredactor : FLORICA BUDNIC
Postprocesare : FLORIN VLAD

Bun de tipar: 28.10.1995. Format: 16/61×86.
Coli de tipar: 12

Lucrare apărută cu concursul LAMER s.a.

ISBN 973-97318-0-5

CUPRINS

Cuvânt înainte 5

Capitolul 1 Sugestia şi autosugestia 7
1.1. Caracterizarea generală a fenomenului sugestiv 7
1.2. Răspunsul sugerat 17
1.3. Caracteristicile situaţiei sugestie 17
1.4. Tipuri (forme) ale sugestiilor 19
1.5. Factorii favorizanţi ai apariţiei situaţiei sugestie şi ai inducerii răspunsului sugerat 20

Capitolul 2 Sugestia şi fenomenul hipnotic 27
2.1. Caracterizarea generală a fenomenului hipnotic 32
2.2. Caracteristicile stării tranşei hipnotice 34
2.3. Profunzimea hipnozei 38
2.4. Teorii explicative ale hipnozei 42

Capitolul 3 Inducţia hipnotică 49
3.1. Testarea gradului de hipnotizabilitate 50
3.2. Adâncirea transei 55
3.3. Dehipnotizarea 57
3.4. Tehnici uzuale de inducţie hipnotică 60
3.5. Tehnici avansate de inducţie 64
3.6. Metode de reducere a rezistenţelor 67

Capitolul 4 Hipnoterapia 69
4.1. Producerea analgeziei prin hipnoză 72
4.2. Hipnoterapia şi naşterea fără dureri 75
4.3. Hipnoza în tulburările psihosomatice 79
4.4. Hipnoza în tratamentul insomniilor 81
4.5. Antrenamentul mental pentru vindecarea încununată de succes (Hunter, 1988) 83
4.6. Hipnoza în enurezis 86
4.7. Hipnoza în astmul bronşic 89
4.8. Hipnoterapia în tratamentul alcoolismul 91
4.9. Hipnoterapia în dermatologie 94
4.10 Hipnoterapia în tulburările menstruale 98

4.11. Hipnoterapia în logonevroze 99
4.12. Hipnoterapia în tulburările de dinamică sexuală psihogenă la bărbaţi 102
4.13. Hipnoterapia în tratamentultulburărilor nevrotice 104

Capitolul 5 Hipnoanaliza 107
5.1. Caracterizarea generală şi metodele hipnoanalizei 107
5.2. Tehnici avansate ale hipnoanalizei (Hartland, 1979) 116

Capitolul 6 Orientări moderne în hipnoterapie 121
6.1. Hipnoterapia de orientare ericksoriană 121
6.2. Hipnoza în psihoterapia de familie 127
6.3. Psihoterapia cognitiv-experienţială în stare de hipnoză 134
6.4. Utilizarea terapeutică a hipnozei la copii 141
6.5. Hipnoterapia în tratamentul tulburărilor anxioase 145

Capitolul 7 Autohipnoza 161
7.1. Construirea autosugestiilor 162
7.2. Tehnica vizualizării 163
7.3. Gândirea pozitivă 164
7.4. Autohipnoza şi rezolvarea de probleme (Hunter, 1988) 174
7.5. Strategie pentru o cură de slăbire reuşită 185
7.6. Program pentru reducerea anxietăţii în cazul unor afecţiuni somatice grave 186
7.7. Program pentru abandonarea consumului excesiv de alcool 188

Bibliografie selectivă 191

Cuvânt înainte

Lucrarea prezentă se adresează studenţilor de la facultăţile de psihologie şi sociologie-psihologie care sunt interesaţi să îmbrăţişeze profesiunea de hipnoterapeut.

În acelaşi timp, lucrarea este de o reală utilitate medicilor şi psihologilor care doresc să se specializeze în psihoterapie.

În prima parte a lucrării sunt prezentate probleme generale ale susgestiei şi sugestibilităţii precum şi caracterizarea generală a fenomenului hipnotic.

Sunt prezentate în detaliu tehnici de inductie hipnotică, adâncire a transei şi de dehipnotizare.

O parte însemnată a lucrări este dedicată aplicaţiilor hipnozei în tratamentul unor disfuncţi psihice şi psihosomatice, precum şi în optimizarea performanţelor umane.

Sunt analizate tehnicile hipnoanalizei, care combină metodele hipnozei cu cele ale psihoanalizei. Sun prezentate şi unele probleme mai controversate în domeniul hipnoterapiei: hipnoterapia de orientare ericksoniană, hipnoterapia cognitiv-experienţială în stare de hipnoză.

O atenţie specială este acordată tehnicilor de autohipnoză care s-au dovedit a fi metode simple şi accesibile de reglare şi autoreglare a stărilor psihice şi de creştere a rezistenţei la stress şi care pot fi aplicate şi în absenţa unui terapeut specializat.

Capitolul 1

SUGESTIA ŞI AUTOSUGESTIA

1.1. Caracterizarea generală a fenomenului sugestiv

Gheorghiu (1982) definea sugestia ca o incitaţie susceptibilă să declanşeze reacţii spontane, nemediate de instanţele reflexive ale gândirii.

O caracteristică a situaţiei sugestie o reprezintă existenţa alternativei de a nu reacţiona, deşi doar rareori subiectul supus influenţei sugestive realizează faptul că dispune de această alternativă. În absenţa alternativei de a nu reacţiona se poate vorbi despre o situaţie cu caracter coercitiv.

În literatura de specialitate se discută despre:

– situaţia sugestie sau stimulul sugestiv;

– comportamentul sugerat;

– sugestibilitate sau disponibilitatea subiectului de a reacţiona la sugestie.

Situaţia sugestie este definită (Gheorghiu, 1982) ca un stimul sau constelaţie de stimuli cu caracter provocativ, susceptibil să declanşeze:

- reacţii neadecvate ale subiectului, cum ar fi confundări, distorsionări etc. (sugestii negative);
- reacţii care potenţează adecvarea la realitate şi în consecinţă o mai bună adaptare la condiţiile existenţei (actualizarea disponibilităţilor latente ale psihicului uman este efectul sugestiilor pozitive);
- reacţii neutre sub aspectul adecvării sau neadecvării la realitate (sugestii neutre).

Din punct de vedere istoric, termenul sugestie a fost introdus pentru prima oară la mijlocul secolului trecut de către Bertrand în Franţa şi Braid în Anglia, ca o explicaţie pentru fenomenul de tip hipnotic.

Prin fraze monotone, uneori însoţite de fixarea privirii asupra unui punct sau însoţite de sunete monotone, se induce subiectului starea hipnoidă, stare în care se produc diferite fenomene neobişnuite cum

ar fi: catalepsia membrelor şi pleoapelor, mişcări automate, anestezie, analgezie, iluzii, halucinaţii, amnezie post-hipnotică etc.

Bernheim (1891; 1910) este cel care extinde fenomenul de sugestie şi la fenomene non-hipnotice, el afirmând că sugestia este un fenomen normal care poate avea loc atât în stare de veghe, cât şi în stare de hipnoză.

Bernheim definea sugestia în sens foarte larg ca reprezentând actul prin care o idee este trezită în creier şi acceptată de el.

Ulterior s-au conturat două mari direcţii de cercetare a fenomenelor sugestiei şi sugestibilităţii (Gheorghiu, 1982).

- **Direcţia psihologiei sociale**

Reprezentanţii acesteia, dintre care menţionăm pe Tarde (1907), Sighele (1901), Le Bon (1911), Ross (1908), McDougal (1908) şi mai târziu Sherif (1935), Crutchfield (1955), Asch (1965) şi alţii, includ sugestia în grupa mai largă a fenomenelor de influenţare a comportamentului uman.

Au fost studiate diverse aspecte ale modificării atitudinilor şi opiniilor, fenomenele de prestigiu, conformism, precum şi manipularea sugestivă a unor norme de grup.

Jahoda (1989) subliniază faptul că sugestia a fost utilizată la începutul secolului ca instrument pentru a explica aproape orice fenomen psihosocial.

Mai târziu se poate constata un declin în ceea ce priveşte interesul pentru fenomenele de sugestie şi sugestibilitate, interes ce va creşte din nou în a doua jumătate a secolului nostru.

Jahoda (1989) dă, la rândul său, o serie de exemple de fenomene psihosociale în cadrul cărora sugestia joacă un rol explicativ central.

Acestea sunt fenomene cu caracter mistic, cum ar fi: ritualurile, profeţiile, fenomenele de posesie, exorcismele, vrăjitoria, ghicitul etc.

Studiind aceste fenomene în cadrul unor culturi primitive autorul a observat, de pildă, prezenţa unor simptome psihofiziologice la persoanele care se cred vrăjite: cefalee, fatigabilitate, deficit de concentrare a atenţiei (studiul a fost efectuat pe studenţi africani).

Fenomene psihofiziologice apar şi la subiecţii care se simţeau culpabili pentru că nu au îndeplinit un ritual religios.

Autorul menţionat citează şi cazul unui subiect african care prezenta simptome de malarie deşi nu avea germenele respectiv în sânge.

Influenţarea sugestivă culminează cu aşa-numita moarte Woodoo (Cannon, 1992; Holt, 1969), care nu este altceva decât moartea prin sugestie, condamnatul – convins că va muri în urma unor practici magice – moare cu adevărat.

- **Direcţia psihologiei experimentale**

Reprezentanţii cei mai importanţi ai acestei direcţii sunt: Seashore (1985), Binet (1900), Aveling şi Hargraves (1921), Hull (1933), Eysenck şi Fourneaux (1943), Stukat (1958, Eysenck (1987) şi alţii.

În cadrul analizei factoriale, Eysenck (1943) şi Eysenck şi Fourneaux (1945) au desprins următorii factori ai sugestibilităţii:

a) Sugestibilitate primară, măsurată în special prin teste directe prin intermediul cărora se cerea subiectului executarea unei acţiuni motorii.

b) Sugestibilitate secundară, măsurată prin teste senzoriale indirecte de tipul liniilor progresive ale lui Binet (1900). Subiectului i se prezenta la tahistoscop o serie de linii progresiv crescătoare. La un moment dat liniile încetau să mai crească. Influenţaţi de seria anterioară de linii crescătoare şi de intervenţia sugestivă a examinatorului, mulţi subiecţi afirmau faptul că liniile, egale de fapt, deveneau din ce în ce mai mari. Trebuie subliniat că aspectul indirect al testului se referă la faptul că subiectul nu e conştient de intenţia examinatorului de a-l influenţa.

c) Sugestibilitate terţiară care se referă la modificarea atitudinilor şi opiniilor ca urmare a unei influenţări persuasive bazate pe prestigiu.

După o anumită etapă de declin se constată la ora actuală o creştere a interesului pentru cercetările din acest domeniu, acestea culminând cu Simpozionul internaţional pentru probleme de sugestie şi sugestibilitate desfăşurat la Giessen (Germania) în anul 1987.

Dintre autorii moderni care şi-au adus contribuţii deosebite în acest domeniu menţionăm pe câţiva: Hilgard (1965), Orne (1970), Barber

(1969), Evans (1967), Helen Crawford (1989), Lundy (1989), Sheehan (1989) şi Gheorghiu (1989).

O atenţie deosebită merită studiile cercetătorului german de origine română Vladimir Gheorghiu, care şi-a dedicat întreaga activitate studiului sugestiei şi sugestibilităţii şi ale cărui contribuţii teoretice şi experimentale reprezintă puncte de referinţă în domeniu. În plan experimental acest autor a elaborat şi validat o serie de probe de măsurare a sugestibilităţii.

Dintre acestea menţionăm:

a) Scala de sugestibilitate senzorială:

Subiectul este pus în faţa unor aparate, generatoare autentice de stimuli (auditivi, vizuali şi tactili), aparate care pot fi astfel manipulate încât experimentatorul să simuleze administrarea stimulilor respectivi. Se consideră răspuns în sensul sugestiei acea situaţie în care subiectul raportează că a recepţionat un stimul inexistent.

b) Scala de sugestibilitate motorie:

Se porneşte de la premisa că în mod tradiţional comportamentul motor este influenţat prin sugestii directe, de tipul celor utilizate de către hipnoterapeuţi. Autorul menţionat demonstrează experimental că există posibilitatea de a influenţa indirect şi comportamentul motor prin intermediul unor aparate interpuse între experimentator şi subiect.

Astfel, de pildă, subiectului aşezat pe un scaun i se cere să plaseze braţul său în lungul unei balanţe metalice. Experimentatorul are posibilitatea să manevreze astfel aparatul încât să coboare braţul balanţei şi odată cu acesta şi braţul subiectului. Mişcarea aparatului poate fi însă şi simulată. Subiecţii sugestibili vor executa mişcarea de coborâre a braţului, deşi aparatul funcţionează în gol.

c) Probe şi scale pentru măsurarea unor aspecte imaginative ale sugestibilităţii, de tipul celor implicate în producerea relaxării sau transei hipnotice:

Aceste studii experimentale au atât un caracter teoretic contribuind la dezvăluirea mecanismelor ascunse care stau la baza receptivităţii la sugestii, cât şi practico-aplicativ, cu ajutorul scalelor respective putând fi diferenţiaţi subiecţii înalt sugestibili de cei slab sau non-sugestibili, ceea ce reprezintă interes pentru selecţia profesională (există domenii de activitate pentru care sugestibilitatea prea înaltă sau absenţa sugestibilităţii pot reprezenta contraindicaţii) pentru clinică (utilizarea unor psihoterapii sugestive) sau pentru actualizarea disponibilităţilor latente ale fiinţei umane şi pentru creşterea performanţelor (în sport, artă, învăţare).

Particularităţi ale subiectului care stau la baza receptivităţii la sugestie.

Gheorghiu (1982) se referă la aşa-numitele dispoziţii sau predispoziţii la sugestie. Factorii de esenţă atitudinală pot avea rol în potenţarea caracterului provocativ al situaţiei sugestie (stimul) sau, dimpotrivă, în diminuarea sau neutralizarea forţei ei de acţiune.

Trebuie să existe o atitudine de *expectanţă* faţă de excitant. Atitudinile, motivele, habitudinile joacă rol de potenţare a actului sugestiv: simţim ceea ce suntem înclinaţi să simţim, vedem ceea ce dorim să vedem (ex.: un om care se teme de hoţi poate interpreta scârţâitul mobilei ca zgomot de paşi).

Ambiguitatea situaţiei stimul poate transforma o simplă bănuială într-o convingere. Cu toate acestea, situaţia sugestie şi factorii predispozanţi (atitudini, motivaţii, expectaţii) nu sunt suficienţi pentru ca cineva să reacţioneze la sugestie.

Pentru ca situaţia sugestie să se transforme în comportament sugerat este nevoie ca individul să posede anumite particularităţi ale personalităţii, denumite predispoziţii sau dispoziţii la sugestie.

Încă Binet (1900) a fost unul dintre primii care au postulat existenţa unor astfel de dispoziţii, el atrăgând atenţia asupra unor fenomene asociate cu sugestia: supunerea, imitaţia, *atenţia expectantă*, influenţa opiniilor preconcepute şi a ideilor directoare.

Cercetările ulterioare (Eysenck şi Fourneaux, 1945; Stukat, 1958) au adus noi dovezi experimentale privitoare la varietatea factorilor ce mediază receptivitatea faţă de sugestie.

Gheorghiu (1982) descrie următoarele predispoziţii care stau la baza receptivităţii la sugestii:

Închipuirea reprezintă capacitatea omului de a-şi făuri imagini şi păreri despre situaţii sau persoane şi de a investi aceste imagini şi păreri cu atributul autenticităţii şi plauzibilităţii, indiferent dacă ele reflectă sau nu adecvat realitatea.

Produsele închipuirii tind în genere să se sustragă controlului critic. Apare astfel tendinţa detaşării constructelor mentale de sistemele discriminative care le-ar putea invalida.

Astfel de procese mediază substituirea realităţii printr-o reprezentare particulară a ei, precum şi investirea acestei reprezentări cu un statut de autonomie.

Dispoziţia închipuirii poate fi antrenată de cele mai variate dorinţe, credinţe, păreri, stări de expectanţă şi poate fi susţinută de cele mai variate mobiluri de apărare: refugierea în iluzoriu, ascunderea în spatele cuvintelor, supraestimarea aspectelor fenomenale etc.

Situaţiile în care separarea dintre aparent şi real, subiectiv şi obiectiv, fenomenal şi esenţial se realizează cu dificultăţi, deoarece lipseşte un cadru adecvat de referinţă constituie o sursă permanentă de activare a funcţiei închipuirii. (Un eveniment repovestit este ajustat în conformitate cu viziunea idealizată pe care ne-o facem despre el).

Transpunerea. Bazându-se în mare măsură pe capacitatea de închipuire, dar implicând şi antrenarea altor particularităţi ca de pildă capacitatea de empatizare, imitare şi învăţare socială, *transpunerea* reprezintă acel sindrom de însuşiri care permit individului să se comute spontan sau deliberat de la un mod de trăire şi de comportament la altul. Transpunerea se realizează în conformitate cu un rol sau model. Ea poate fi superficială sau profundă, mergând până la totala detaşare de concretul ambianţei, până la uitarea de sine.

Transpunerea poate fi întâlnită în procesul activităţii creatoare (joc dramatic, elaborarea unei opere literare), în hipnoză, meditaţie şi chiar în viaţa cotidiană când empatizăm cu alţii sau jucăm diferite roluri sociale.

Ciofu şi Marcus, într-o lucrare despre transpunerea scenică, arată că aceasta produce chiar o serie de modificări fiziologice ale organismului.

Conformarea reprezintă disponibilitatea indivizilor de a-şi acorda opiniile, atitudinile cu cele ale grupului din care fac parte (sau de a le elabora de la început în aşa fel încât să nu difere de modelele existente la un moment dat).

Tendinţa de conformare variază de la individ la individ şi îmbracă o mare varietate de forme, de la minciunile convenţionale în care individul este pe deplin conştient că acţionează din complezenţă, până la situaţiile în care actul adaptării propriilor păreri, atitudini, habitudini la normele de grup se realizează în mod conştient.

Binet, 1900; Coffin, 1940; Asch, 1952; Gheorghiu, 1979 au demonstrat experimental cum opinia subiecţilor poate fi influenţată prin manipularea normei de grup în flagrant dezacord cu realitatea.

Subordonarea este dispoziţia care mediază supunerea necritică faţă de încitaţii din afară sau din interiorul individului, incitaţii care vizează direct sau indirect, cu sau fără intenţie, dirijarea comportamentului său. Deşi dispune de libertatea de decizie, persoana în cauză se simte cvasiconstrânsă să reacţioneze în conformitate cu indicaţiile ce i se transmit sau pe care şi le transmite ea însăşi. O astfel de manifestare este condiţionată de sistemul de dependenţă în care se găseşte individul faţă de anumite persoane, instituţii sau faţă de un complex de convingeri (prejudecăţi, superstiţii); ea poate rezulta din prezenţa unor influenţe persuasive sau din acţiunea unor situaţii derutante. Când ia forma subordonării, supunerea capătă un caracter de circumstanţă. Supunerea poate însă corespunde şi unor particularităţi de structură ale subiectului (există persoane docile, obediente, credule, gata oricând să se subordoneze altora).

Tendinţa de subordonare faţă de persoane sau situaţii se întâlneşte în diferite proporţii la toţi oamenii, inclusiv la cei caracterizaţi prin spirit critic foarte accentuat sau prin caracter voluntar şi autoritar.

Subordonarea interferă cu manifestările de conformism şi transpunere dar nu se confundă cu ele. Ea se bazează şi pe necesităţi de autoprotejare (apărare a eului):

– evitarea disconfortului pe care îl aduce după sine contrazicerea altora;

– ieşirea din situaţii de ambiguitate prin soluţii mai dificile preluate de-a gata de la alţii (Gheorghiu, 1982).

Captarea reprezintă o dispoziţie prin intermediul căreia se asigură orientarea selectivă a persoanei spre o sursă provocativă, având drept

rezultat faptul că persoana se lasă atrasă şi chiar absorbită de respectiva sursă.

Anumite situaţii exercită asupra individului o forţă deosebită de fascinaţie sau seducţie. Individul se lasă furat de ideile altora pentru că ele se apropie de ale sale sau pentru că provin de la persoane care îi plac (Gheorghiu, 1982).

Dispoziţia captării intervine probabil în toate situaţiile sugestive, ea reprezentând mai mult decât un factor predispozant al comportamentului sugerat.

Caracteristica cea mai reprezentativă a acestei însuşiri constă în aceea că, odată cu orientarea selectivă spre sursa de atracţie, ea asigură dirijarea conduitei în conformitate cu iradierea exercitată de această sursă.

Încă Binet (1900) vorbea de „ideea-directoare" ca una din caracteristicile fundamentale ale sugestibilităţi.

Orice om posedă într-o măsură mai mare sau mai mică, dispoziţiile de mai sus. Aceste dispoziţii sunt complementare ele integrându-se în sisteme mai ample cum ar fi mecanismele de apărare şi echilibrare a eului.

Cerinţele situaţiei sunt în esenţă cele care permit să se constituie o situaţie sugestie şi asigură transformarea acesteia prin intermediul dispoziţiilor menţionate (închipuire, captare, subordonare) în comportament sugerat.

Gheorghiu (1982) arată că aceste dispoziţii sunt sindroame de proprietăţi psihice. Caracteristic pentru comportamentul sugerat este că aceste dispoziţii se desfăşoară undeva la marginea sau în afara conştiinţei sau, mai exact, produsele acestor dispoziţii se instituie ca o realitate mai mult sau mai puţin autonomă, disociată de distanţele critice şi de autocontrol ale eului.

Încercând să explice, la rândul său, mecanismele receptivităţii la sugestii, Lundy (1989) postulează existenţa unei legături între receptivitatea la sugestie şi confirmarea internă a unor constructe personale. Autorul porneşte de la conceptele de bază ale lui Kelly (1955) conform cărora „constructele personale" reprezintă o modalitate cognitivă caracteristică a individului de a ordona lumea sa.

Constructele personale sunt ideile sau noţiunile care fac un comportament să difere de altul, care fac pe un individ să fie ceea ce este, cu alte cuvinte să aibă anumite atitudini, credinţe, opinii şi să acţioneze în conformitate cu acestea.

Conform teoriei lui Kelly o schimbare a unei persoane reprezintă o schimbare a sistemului său de constructe pesonale: adăugarea unui nou construct, inversarea unor constructe bipolare sau modificarea întregului sistem de constructe.

După Lundy (1989) influenţa sugestivă acţionează atunci când un element relevant, dar încă neverificat, apare în acelaşi timp cu un construct personal.

Constructul nu se modifică atunci când este validat fie de evenimente externe, fie printr-un proces cognitiv denumit confirmare internă.

Toate tehnicile de modificare a constructelor personale sunt modalităţi de inhibare a procesului conformării interne a constructului pertinent prin prezentarea unui material cu conţinut contrar, cum se întâmplă, de pildă, în cazul modificării atitudinilor datorită comunicării bazate pe prestigiu.

Calităţile şi farmecul comunicatorului cresc eficienţa comunicării prin aceea că distrag atenţia receptorului de la confirmarea internă a constructului personal (vechea atitudine).

Pornind de la această idee, Lundy (1989) prezintă o serie de tehnici menite să faciliteze influenţarea sugestivă a procesului comunicării:

- Repetarea mesajului (ca în mecanismele reclamei).
- Utilizarea unui număr sporit de argumente în favoarea a ceea ce dorim să sugerăm.
- Sursa de influenţare care transmite mesajul trebuie să fie expert în domeniu şi, în acelaşi timp, o persoană atrăgătoare.
- Utilizarea să trezească reacţii emoţionale la cel care recepţionează mesajul.
- Utilizarea unui context care să producă emoţii pozitive (ambianţă agreabilă, muzică, mâncare, băutură, etc.).
- Utilizarea unor mesaje care trezesc anxietatea (Lundy, 1989) subliniază faptul că anxietatea nu trebuie să fie excesiv de mare pentru că altfel subiectul nu mai recepţionează mesajul şi ca urmare nu mai poate fi influenţat.

• Influenţarea directă prin tactica „faţă în faţă" este mai eficientă decât cea indirectă.

• Utilizarea tacticii surprizei măreşte şansa influenţării sugestive.

Acelaşi autor se referă şi la caracteristicile subiectului-receptor, caracteristici care sporesc şansa transformării situaţiei sugestie în comportament sugerat.

1. Mesajele sugestive simple au efecte mai mari la subiecţi mai puţin inteligenţi, în timp ce mesajele complexe au efecte mai mari asupra celor inteligenţi.

Subiecţi mai puţin inteligenţi nu pot fi influenţaţi prin mesaje complexe pentru că au dificultăţi de înţelegere a acestora. În acelaşi timp, indivizii inteligenţi nu vor fi influenţaţi decât dacă argumentele aduse nu sunt suficient de complexe pentru a produce efectul de distragere.

2. Persoanele cu autostimă redusă sunt, de regulă, mai sugestibile decât cele cu nivel ridicat de autoapreciere.

3. Persoanele implicate afectiv, care joacă rolul de avocat sincer al unei cauze, care militează activ pentru o idee, ajung să se impresioneze de propriile argumente, să creadă în ele şi acest proces previne confirmarea internă a unui concept contrar.

4. O mai rapidă schimbare a atitudinilor se produce atunci când apare o mai mare discrepanţă între atitudinea originală şi cea pe care dorim s-o implantăm. Discrepanţa nu trebuie să fie însă atât de mare încât să producă lipsă de credulitate sau atitudine negativă faţă de comunicator.

5. Subiecţii care au fost solicitaţi să fie mai atenţi la conţinutul comunicării au putut fi mai uşor influenţaţi pentru că ei şi-au deplasat atenţia de la procesul confirmării interne al constructelor personale existente.

6. Pentru a fi mai uşor influenţat subiectul trebuie să devină pasiv pe plan interior, cu alte cuvinte să reducă procesul confirmării interne a propriilor constructe personale.

Helen Crawford (1989) leagă sugestibilitatea de fenomenul de „flexibilitate cognitivă". Autoarea înţelege prin flexibilitate cognitivă capacitatea subiecţilor de a utiliza unul dintre mai multe stiluri cognitive în rezolvarea diverselor sarcini (stilul cognitiv fiind adecvat sarcinii), cât şi capacitatea de a intra în diferite stări de conştiinţă.

Cercetările experimentale ale autoarei au arătat că subiecţii mai hipnotizabili au o mai mare capacitate de a experimenta reveria diurnă, o mai mare capacitate de a fi absorbiţi de diverse situaţii, şi o mai mare implicare afectivă, cât şi o mai mare flexibilitate cognitivă şi fiziologică (la subiecţii înalt hipnotizabili se constată o creştere a fluxului de sânge la creier în urma inducţiei hipnotice).

1.2. **Răspunsul sugerat**

Reprezintă veriga finală a demersului sugestiv, respectiv reacţia subiectului în sensul celor sugerate. Acest răspuns nu este totdeauna vizibil şi controlabil, marea majoritate a influenţelor sugestive rămânând ascunse.

Prin intermediul sugestiilor pot fi influenţate în sens pozitiv sau negativ practic aproape toate procesele şi funcţiile psihice (atenţie, memorie, decizie, afectivitate, atitudini, credinţe, opinii etc.), dar şi funcţiile fiziologice ale organismului.

Pe sugestii pozitive se bazează utilizarea terapeutică şi autoformativă a sugestiilor pentru vindecare şi optimizare a comportamentului.

Gheorghiu (1982) se referă la termenul de sugestie negativă nu numai sub aspectul unei mai slabe adaptări la mediu, ci şi în sensul că există subiecţi care reacţionează invers la sugestii (astfel, de pildă, în cazul în care experimentatorul le sugerează căderea spre spate aceşti subiecţi manifestă tendinţa de a cădea în faţă). Aceasta reprezintă tot o manifestare a receptivităţii la sugestie, comportamentul indiferent fiind caracterizat prin absenţa oricărei reacţii.

Sugestibilitatea reprezintă capacitatea subiectului de a reacţiona la sugestii. Ea reprezintă acea manifestare particulară a influenţabilităţii care asigură transformarea situaţiei sugestie într-un comportament sugerat.

1.3. **Caracteristicile situaţiei sugestie**

Gheorghiu (1982) subliniază că situaţia sugestie reprezintă o situaţie provocativă care indică un drum de urmat (realizarea unui anu-

mit tip de comportament), solicitând persoana să se conformeze fără a putea apela la instanţele critice ale raţiunii.

În cazul în care provocarea sugestivă se impune, efectul ei este susceptibil să influenţeze apariţia, respectiv dispariţia, accentuarea sau diminuarea, conservarea sau transformarea unor stări, procese sau funcţii psihice şi a unor funcţii psihofiziologice ale organismului.

Răspunsul sugestiv indus poate avea o semnificaţie adaptivă (se poate realiza vindecarea, antrenarea unor disponibilităţi de autoapărare ale organismului, optimizarea unor procese şi funcţii psihice şi fiziologice), dezadaptativă (sugestiile pot provoca disfuncţii, distorsionări, îmbolnăviri şi uneori chiar moartea – vezi „moartea Woodoo") sau o semnificaţie neutră sub aspectul adaptării.

Dintre caracteristicile situaţiei sugestie, autorul menţionat subliniază:

a) Existenţa, cel puţin teoretic, a alternativei de a nu reacţiona la sugestie, deşi, aşa cum am mai subliniat, rareori subiectul este conştient de această alternativă. În absenţa alternativei de non-reacţie nu este vorba de comportament sugerat ci de unul coercitiv.

b) Anihilarea funcţiilor discriminativ-reflexive şi de control ale psihicului uman.

În cazul în care subiectul reacţionează la sugestii, această reacţie se realizează în afara instanţelor critice ale gândirii. Cu toate acestea, o provocare sugestivă poate avea ca punct de plecare un element raţional.

Elementele raţionale şi cele sugestive se întrepătrund adesea, distincţia dintre ele nefiind totdeauna netă. Astfel, elementele raţionale pot intra în componenţa unor situaţii sugestii, după cum elementele sugestive se pot asocia cu cele raţionale.

c) Absenţa autocontrolului conştient.

În timpul demersului influenţării sugestive subiectul nu ajunge în general să exercite un control conştient asupra procesului declanşat de situaţia sugestie. Uneori însă acesta poate să conştientizeze consecinţele acţiunilor sugestive exercitate asupra sa.

1.4. **Tipuri (forme) ale sugestiilor**

În funcţie de sursa care generează influenţa sugestivă distingem:

– heterosugestii – sugestii administrate de către o altă persoană;

– autosugestii – sugestii pe care şi le administrează subiectul în cauză.

Sub aspectul adaptării la mediu se evidenţiază:

– sugestii pozitive, care contribuie la vindecarea şi la optimizarea unor procese şi funcţii psihice şi psihofiziologice;

– sugestii negative, care dezorganizează şi chiar traumatizează individul;

– sugestii indiferente, care nu au nici un efect sub raportul adaptării subiectului la mediu.

Din punctul de vedere al intenţiei de a influenţa, sugestiile pot fi:

– directe, în cadrul cărora este evidentă intenţia experimentatorului de a influenţa;

– indirecte, unde intenţia de influenţare rămâne ascunsă subiectului.

Sub aspectul tonului utilizat de către cel care sugestionează distingem:

– sugestii dure, în cadrul cărora experimentatorul utilizează un ton autoritar;

– sugestii blânde, administrate pe un ton cald, protector şi insinuant.

În funcţie de gradul de elaborare sugestiile se pot clasifica şi în:

– sugestii spontane (astfel, de pildă, o personalitate carismatică poate sugestiona fără să-şi propună în mod special acest lucru);

– sugestii elaborate, în cadrul cărora se simte strădania de a influenţa (ca, de pildă, în cazul reclamei sau afişului electoral).

Practicienii domeniului au arătat că, pentru a fi eficiente, în terapie sau în optimizarea comportamentului uman sugestiile trebuie să respecte următoarele condiţii:

– să fie acceptate de subiect;

– să concorde cu sistemul de valori al persoanei;

– să servească scopului propus (aceasta presupune o bună cunoaştere a problematicii celui care va fi influenţat);

– să nu fie prea lung;

– să fie exprimate în termeni pozitivi;
– să fie plastice (este recomandabilă utilizarea sugestiei verbale în acelaşi timp cu imaginea adecvată);
– să fie ritmice;
– să urmărească, pe cât posibil, ciclurile respiratorii;
– să fie realiste;
– să fie simple;
– să fie convingătoare.

1.5. Factorii favorizanţi ai apariţiei situaţiei sugestie şi ai inducerii răspunsului sugerat

Gheorghiu (1982) încercând să descrie care sunt factorii care favorizează sugestibilitatea se referă la următoarele aspecte:

- **Condiţia nedeterminării**

Autorul subliniază faptul că fiinţa umană nu este confruntată numai cu situaţii clare, de tip determinist, ci şi cu situaţii de tip probabilist.

Pentru a depăşi ambiguitatea şi pentru a ieşi din situaţiile nedefinite, greu de controlat, omul optează adesea pentru alternative care nu satisfac exigenţele raportării la un sistem raţional de criterii. În astfel de condiţii influenţarea sugestivă a deciziilor, atitudinilor sau opiniilor se poate produce cu mult mai multă uşurinţă.

Această condiţie a nedeterminării se referă la următoarele aspecte:

a) *Limitele sistemelor de verificare şi control de care dispune fiinţa umană*

Astfel, deoarece înţelegerea unor informaţii sau reconstituirile mnezice nu sunt totdeauna exacte, de multe ori subiectul nu este sigur dacă deciziile luate de el sunt corecte. În aceste condiţii multe din aceste decizii au un caracter arbitrar, situaţie în care acestea pot fi influenţate pe cale sugestivă. Astfel, de pildă, un candidat care nu ştie la ce facultate să dea admiterea se poate lăsa influenţat de pildă, de aspectul clădirii. Interesante sub acest aspect sunt studiile lui Binet

(1900), Roşca (1936) şi Bogdan (1972) cu privire la psihologia martorului.

b) *Nedeterminări ale situaţiei stimul*

În multe cazuri nedeterminarea rezultă din ambiguitatea situaţiei stimul. Acest fenomen este foarte evident în cadrul experimentelor realizate de Sherif, cu privire la manipularea normei de grup.

Sherif utilizează în cadrul acestor experimente aşa-numitul fenomen autokinetic: dacă se proiectează în întuneric un spot luminos de dimensiuni nu prea mari, pata de lumină deşi nu se mişcă în mod obiectiv, va apare privitorului ca fiind într-o mişcare care are loc în toate direcţiile. În aceste condiţii privitorul poate fi uşor influenţat să perceapă deplasarea lumini ca producându-se într-o anumită direcţie.

Sherif şi Sherif (1969) subliniază faptul că zvonurile apar în condiţii de incertitudine, când subiectul nu are elemente suficiente pentru a aprecia o situaţie.

Fenomene de acest tip se întâlnesc frecvent şi în viaţa cotidiană.

Astfel, de pildă, teama celui care merge noaptea printr-o pădure îl poate determina să fie convins că un trunchi de copac reprezintă un animal sălbatic, iar o persoană căreia i-a dispărut un obiect, va avea tendinţa de a-şi suspecta toţi cunoscuţii.

c) *Situaţiile conflictuale*

Condiţia incertitudinii, derutei şi dezorientării este întreţinută şi de situaţiile conflictuale rezultate din ciocnirea unor elemente cu valenţe pozitive şi negative.

Nu de puţine ori o împrejurare întamplătoare face ca subiectul, aflat în conflict, să se decidă pentru una din alternative în defavoarea celeilalte. Astfel, de pildă, un absolvent care are de ales între mai multe oferte de serviciu poate alege una din ele, deoarece îi place aspectul patronului.

- **Sugestia şi mecanismele de apărare ale eului**

Aceste mecanisme au fost puse în evidenţă şi descrise încă de Freud.

Gheorghiu (1982) se referă practic la aceleaşi mecanisme şi la rolul lor în potenţarea comportamentului sugerat, sistematizarea utilizată de acest autor fiind oarecum diferită de cea a psihanalizei.

Mecanismele de apărare ale eului pot fi sistematizate astfel:

a) *Falsificările protectoare*

Acestea se referă la faptul că în demersul de evitare a consecinţelor neplăcute ale unora din gândurile sau acţiunile sale, omul recurge la o gamă variată de modalităţi inconştiente de a se autoînşela pentru a-şi proteja imaginea de sine.

Dintre acestea Gheorghiu (1982) menţionează:

– Raţionalizarea, care reprezintă tendinţa subiectului de a oferi o justificare logică acţiunilor sale care nu sunt nici logice, nici totdeauna acceptabile.

– Protecţia – reprezintă tendinţa de a pune pe seama altora intenţiile, tendiţele sau sentimentele inacceptabile ale subiectului (după modelul: am pierdut examenul, înseamnă că m-a persecutat examinatorul).

– Introecţia, care reprezintă tendinţa individului de a încorpora în eul său elemente străine care îi provoacă stări tensionale.

Astfel, experimentele au pus în evidenţă faptul că dintre subiecţii care au fost solicitaţi să predice împotriva fumatului mulţi s-au lăsat de fumat pentru a-şi reduce disonanţa cognitivă (Festinger).

b) *Mecanismele de evitare*

Într-o serie de situaţii omul încearcă să-şi reducă stările tensionale sau să prevină apariţia altora noi renunţând la trebuinţe greu de îndeplinit sau indezirabile, după formula tradiţională „strugurii sunt acri".

Fenomenul evitării are la bază următoarele mecanisme:

– Reprimarea, care constă în uitarea unor informaţii indezirabile pentru subiect. Uitarea se poate referi atât la conţinutul informaţiilor, cât şi la sursa lor.

Astfel, fiecăruia i s-a întâmplat măcar o dată în viaţă să uite să se ducă la o întâlnire nedorită sau să uite numărul de telefon al unei persoane dezagreabile.

– Negarea reprezintă mecanismul defensiv prin intermediul căruia subiectul neagă adevăruri evidente care nu-i convin.

Acest fenomen atinge cote maxime la bolnavi aflaţi în stadiul terminal al unor boli cronice care pur şi simplu nu cred că suferă de boala respectivă şi că vor muri.

Lazarus (1969) spunea foarte sugestiv că despre un lucru rău se poate spune fie că nu s-a petrecut, fie că nu este rău.

– Izolarea reprezintă mecanismul de apărare prin care subiectul are tendinţa de a se detaşa excesiv de evenimentele existenţei. Astfel, de pildă, am întâlnit persoane care, fiind foarte stresate de evoluţia evenimentelor care au avut loc imediat după revoluţia din Decembrie 1989, refuzau să mai citească ziarele, considerând că dacă nu au cunoştinţă despre anumite evenimente, acestea nici nu s-au produs.

– Regresia reprezintă mecanismul defensiv prin care subiectul se refugiază în trecut, apărându-se de factori stresanţi ai existenţei prin refugiere în conduite de tip infantil.

– Escamotarea reprezintă tendinţa inconştientă a subiectului, confruntat cu o problemă dezagreabilă, de a plasa respectiva problemă pe umerii altcuiva.

c) *Mecanismele de descărcare a tensiunilor*

Influenţele negative sunt mai puternice şi în condiţiile în care individul reuşeşte să facă faţă unor situaţii de supraîncordare prin mecanisme de tipul abreacţiei. Acestea pot îmbrăca diverse forme dintre care menţionăm: riposta (blamare, ridiculizare, molestare etc.), confesarea sau solicitarea ajutorului.

Când se declanşează astfel de mecanisme este destul de dificil ca subiectul să exercite un control conştient asupra situaţiei, ceea ce sporeşte şansele influenţării sugestive.

Astfel, de pildă, acest adevăr este foarte bine ilustrat de înţelepciunea populară care, încercând să arate faptul că riposta nu este justificată, spune „s-a supărat văcarul pe sat".

- **Mecanismele compensatorii**

Gheorghiu (1982) subliniază că în sens mai larg toate mecanismele defensive au un rol compensator. În sens restrâns prin compensare se înţelege preocuparea persoanei de a masca unele din deficienţele sale prin accentuarea unor caracteristici dezirabile sau tendinţa subiectului

de a lupta pentru depăşirea unor slăbiciuni şi pentru activarea unor disponibilităţi latente.

În situaţia în care subiectul pune în acţiune mecanisme compensatorii, elementele sugestive pot să ocupe un loc însemnat. Astfel, de pildă, complexele de inferioritate nu sunt totdeauna justificate, putând fi induse pe cale sugestivă.

În acelaşi timp mobilurile care intervin în alegerea partenerului, profesiei, a locului de muncă, în stabilirea preferinţelor pentru diferite persoane sau grupuri sociale pot fi înţelese mai bine sub aspect psihologic dacă se au în vedere mecanismele compensatorii şi influenţele sugestive pe care acestea le implică.

Persoana care recurge prin mecanisme compensatorii la refugierea într-o lume iluzorie specifică reveriei diurne este evident supusă unor influenţe auto şi heterosugestive.

Acest fenomen poate îmbrăca aspecte pozitive, astfel de mecanisme stând la baza rezistenţei psihice neobişnuite de care au dat dovadă unii oameni aflaţi în condiţi deosebit de grele (închisori, lagăre de concentrare, izolare etc.). Subiecţii respectivi şi-au închipuit că trebuie să reziste şi chiar au rezistat cu adevărat.

Aspectul negativ al fenomenului descris mai sus este ilustrat de faptul că un subiect obsedat de boală se va îmbolnăvi mai repede şi va contracta o afecţiune mai gravă.

- **Mecanismele de identificare**

Este bine cunoscută tendinţa firească a oamenilor de a se identifica cu persoane, grupuri, situaţii, instituţii sau organizaţii, fapt ce le conferă un plus de stabilitate afectivă.

Este evident că odată produsă identificarea cu o persoană sau model comportamental, subiectul va încorpora prin mecanisme sugestive şi elemente specifice modelului respectiv (astfel, de pildă, nu de puţine ori preluăm necritic ideile şi comportamentele unei personalităţi care ne place).

- **Sugestia şi dependenţele umane**

Gheorghiu (1982) subliniază faptul că fiinţa umană depinde de o serie de convingeri, obiceiuri, motivaţii, de particularităţile unor procese cognitive, de rolurile sociale pe care este silită să le joace faţă de persoane, instituţii (familie, şcoală, biserică, loc de muncă), cât şi faţă de colectivităţile cărora le aparţine.

Un loc aparte îl ocupă dependenţa omului faţă de sistemele verbale de comunicare.

Astfel, cercetătoarea germană Petra Netter (1989) a demonstrat experimental că subiecţii trataţi cu tablete de nicotină şi cu preparate „placebo" reacţionează în funcţie de propriile lor reacţii anticipative la preparat şi nu în funcţie de efectele reale ale acestuia.

Evans (1989) relatează, la rândul său, faptul că doi subiecţi obişnuiţi să consume L.S.D. şi care au primit un preparat „placebo" au avut experienţe de tip halucinator, în timp ce aceiaşi subiecţi nu au raportat nimic atunci când au primit cu adevărat L.S.D., dar li s-a spus ca este vorba de un preparat „placebo".

- **Dominaţia elementelor concrete**

O serie de factori care explică atât constituirea situaţiilor sugestie, cât şi capacitatea subiectului de a reacţiona la aceste situaţi cu caracter provocativ îşi au originea în particularităţi ale proceselor cognitive.

Una din aceste particularităţi o reprezintă forţa cu care acţionează şi se insinuează în procesul cunoaşterii concretului intuitiv.

Specialiştii în psihologia reclamei ştiu bine că un produs frumos ambalat are mai multe şanse să fie cumpărat decât alt produs, chiar de calitate superioară, al cărui ambalaj nu satisface criteriile estetice.

- **Persistenţa în psihologia adultului modern a unor elemente magice şi mitice**

Influenţarea sugestivă este facilitată şi de faptul că foarte mulţi oameni care se consideră raţionali nu s-au eliberat pe deplin de reprezentări mitice şi conduite magice, ei căzând victime unor prejudecăţi sau comportamente superstiţioase.

Ţinând seama de acest lucru nu trebuie să ne mire interesul de care se bucură astăzi profeţiile, zodiacele sau faptul că mulţi oameni cu nivel cultural ridicat se cred victimele unor influenţe malefice produse prin intermediul vrăjilor.

Credinţa în astfel de influenţe nu presupune neapărat pierderea controlului raţional, dar implică şi multe elemente nonraţionale, de natură sugestivă.

Capitolul 2

SUGESTIA ŞI FENOMENUL HIPNOTIC

Posibilităţile hipnozei au fost când exagerate, aşteptându-se de la cei care o practicau adevărate minuni, rezolvarea unor cazuri pe care nu le puteau realiza alte metode medicale sau psihologice, când minimalizate sau chiar negate de către sceptici, care însă nu se străduiseră suficient să cunoască metoda în detaliu.

Se pare că un deserviciu însemnat l-au făcut hipnozei apropierea exagerată a acesteia de fenomenele parapsihice, considerându-se că persoanele care o practică trebuie să dispună neapărat de forţe supranaturale, cât si performanţele hipnotizatorilor de estradă care au îndepărtat pe mulţi cercetători serioşi de acest domeniu.

De asemenea, multe lucrări din cadrul literaturii ştiinţifico-fantastice au accentuat ideea că subiectul hipnotizat devine un fel de robot uman, controlat pe căi paranormale de către cel care a indus hipnoza, fapt ce a generat temeri nejustificative din partea unor pacienţi care ar fi putut beneficia de avantajele acestei tehnici.

Hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conştiinţă, asemănătoare cu relaxarea sau cu stările meditative specifice unor culturi orientale.

Fenomene asemănătoare cu cel hipnotic se întâlnesc frecvent în viaţa cotidiană. Astfel, cineva poate fi atât de absorbit de lectura unui roman sau de vizionarea unui film la televizor, încât nu mai aude soneria de la uşă sau poate fi atât de cufundat în gânduri încât nu mai sesizează ce-i spune interlocutorul cu care tocmai discuta. Se apropie de hipnoză şi fenomenele de reverie, când, furaţi de propriile construcţii imaginative, parcă ne transpunem în alte locuri şi trăim alte stări decât cele legate de realitatea imediată sau cele de extaz religios pe care le trăiesc adevăraţii credincioşi.

Şoferul care conduce noaptea şi este fascinat de dunga luminoasă a şoselei care îi produce o îngustare a câmpului conştiinţei ce se poate uneori solda cu accidente, este şi el victima unei stări asemănătoare

cu hipnoza. Aceste stări le denumim în limbaj comun cu ajutorul unor termeni ca: „a te lăsa furat", „a fi pe altă lume" etc. Cei care trăiesc astfel de stări îşi orientează de fapt gândurile în interiorul lor. Fenomene de tip hipnotic au fost descrise încă din antichitate şi se întâlnesc încă frecvent în practicile magice specifice culturilor primitive.

Putem vorbi de hipnoza modernă odată cu experienţele medicului austriac Franz Anton Mesmer (1734-1815), care a descris hipnoza şi stările specifice acesteia sub denumirea de "magnetism animal". Sistemul de tratament utilizat de Mesmer a fost ironizat de către medicina din acea perioadă din cauza manierei teatrale în care aborda el pacienţii. (Pacientul era introdus într-un fel de butoi cu apă, fiind înconjurat de sârme şi tot felul de magneţi, care aveau menirea să pună în evidenţă fluidul denumit "magnetism animal". Adesea pacienţii sugestibili erau cuprinşi de convulsii).

O comisie instituită în anul 1784 de către regele Franţei, comisie din care a făcut parte şi Franklin, ambasadorul Statelor Unite, a primit sarcina să cerceteze experimentul "magnetismul animal". Comisia respectivă a ajuns la concluzia că aceasta nu era altceva decât un rezultat al imaginaţiei.

Deşi Mesmer a fost discretitat, teoriile sale fiind nefondate ştiinţific, mulţi pacienţi continuau să se vindece prin metodele sale şi aceasta a convins că deşi teoriile erau greşite, totuşi fenomenul respectiv exista cu adevărat.

De hipnoză s-a folosit şi abatele Johann Joseph Gassner (1717-1799), cunoscut exorcist din Elveţia, care avea darul de a alunga "forţele negative" care puneau stăpânire pe pacient.

Medicul englez John Elliotson (1791-1863) a realizat primele intervenţii chirurgicale în stare de transă hipnotică, iar James Esdaile, medic scoţian (1808-1856) a relatat 345 operaţii de chirurgie majoră realizate în India, în somn hipnotic (cf. E. Hulgard şi J. Mildrad, 1975).

Termenul de hipnoză este introdus de englezul James Braid (1795-1860), de la grecesul hipnos care înseamnă somn, el considerând hipnoza ca pe un "somn nervos".

O atenţie deosebită este acordată hipnozei de către cele două mari şcoli ale psihiatriei franceze, şcoala de la Salpetriere, reprezentată de

Jean- Martin Charcot (1835-1893) şi şcoala de la Nancy, al cărui reprezentant de seamă a fost Hyppolyte Bernheim (1840-1919).

Dacă Charcot considera hipnoza ca pe un fenomen patologic, specific istericilor, dimpotrivă, Bernheim era de părere că hipnoza este un fenomen normal, rezultat al sugestiei. Acesta din urmă a fost în mare măsură influenţat de rezultatele deosebite ale unui medic de ţară – Liébeault (1823-1904).

Utilizarea în scopuri terapeutice a hipnozei a fost susţinută şi de succesele cunoscuţilor psihiatri Breuer şi Freud. Ulterior, Freud abandonează hipnoza în favoarea propriei sale teorii şi metode – psihanaliza – ceea ce a făcut ca, pentru moment, interesul pentru hipnoză să înregistreze un regres.

În 1889 a avut loc primul Congres Internaţional de Hipnoză Terapeutică şi Experimentală, şi cam în aceeaşi perioadă, marii teoreticieni în domeniul psihologiei încep să se intereseze de fenomenul hipnotic. Wilhelm Wundt a scris o lucrare despre hipnoză.

William James include un capitol dedicat hipnozei în celebra sa lucrare „Principiile psihologiei", iar Pierre Janet abordează şi el hipnoza din perspectiva disocierilor de personalitate.

În timpul primului război mondial McDougal a tratat, cu ajutorul hipnozei, soldaţi aflaţi în stare de şoc.

Un pas important în dezvoltarea hipnozei ştiinţifice îl reprezintă lucrarea lui Clark Hull (1933) – „Hipnoză şi sugestibilitate".

Şi în timpul celui de-al doilea război mondial hipnoza a fost utilizată cu succes în tratamentul nevrozelor de război. Apoi, treptat, aplicaţiile ei s-au extins în stomatologie şi obstretică.

În anul 1955 Asociaţia Medicală Britanică şi în 1958 Asociaţia Medicală Americană au hotărât ca hipnoza să fie inclusă ca disciplină în învăţământ, în şcolile medicale, iar în anul 1960 Asociaţia Psihologilor Americani a dat o recunoaştere oficială a utilizării terapeutice a hipnozei de către psihologi.

La ora actuală există, în afară de societăţile naţionale, Societatea europeană de hipnoză, Societatea Internaţională de hipnoză şi Societatea de hipnoză „Milton Erickson", după numele fondatorului ei, unul dintre cei mai talentaţi şi mai creativi hipnoterapeuţi ai lumi.

În vara anului 1993 a avut loc în Austria (Viena) cel de-al 6-lea Congres de hipnoză în psihoterapie şi medicină psihosomatică la care au luat parte peste 900 de medici şi psihologi din aproape toate ţările lumii, incluzând şi ţara noastră.

Hipnoza are o serie de aplicaţi practice, atât în clinică pentru psihoterapie, cât şi în alte domenii de activitate, unde se cere optimizarea performanţelor umane. Astfel, ea pătrunde tot mai mult în pregătirea psihologică a sportivilor de înaltă performanţă, cât şi a cosmonauţilor pentru obţinerea unui echilibru emoţional de nivel superior, pentru perfecţionarea capacităţii de concentrare a atenţiei, a deprinderilor motrice, cât şi pentru o mai bună autoreglare a comportamentului în ansamblu. De tratament hipnotic pot beneficia şi artiştii cu trac de scenă sau elevii şi studenţii hiperemotivi care au tendinţa de a se bloca la examene şi de a obţine rezultate sub posibilităţile lor reale.

Cercetările din ultimi ani au demonstrat că hipnoza poate contribui şi la creşterea eficienţei învăţării, cât şi la dezvoltarea unor disponibilităţi creative latente.

În clinică hipnoza se aplică în foarte multe domenii. Astfel, ea se foloseşte cu succes în chirurgie, pentru realizarea unor operaţii fără anestezie sau cu o cantitate mai redusă de anestezie atunci când subiectul prezintă intoleranţă la astfel de substanţe sau când acestea lipsesc (în condiţii de izolare, de luptă etc.). Hipnoza s-a dovedit utilă şi pentru reducerea anxietăţii pre-operatorii, precum şi pentru realizarea unei evoluţii post-operatorii cât mai bune şi cât mai rapide. Un domeniu unde hipnoza poate face foarte mult îl reprezintă combaterea durerii; este vorba de durerile din bolile cronice, de migrene, cât şi de cele ce apar în timpul naşterii sau în timpul unui tratament stomatologic. În medicina psihosomatică hipnoza se utilizează în terapia unor afecţiuni care vizează aparatele cardio-vascular, respirator, digestiv sau endocrin (tahicardie, hipertensiune arterială, vărsături, colici, colite, astm bronşic, obezitate, tulburări sexuale etc.). Ea are, de asemenea, aplicaţi în domeniul unor afecţiuni dermatologice (prurit, psoriazis, reacţii alergice, tratamentul negilor) şi în recuperarea unor deficienţe motorii produse de accidente vasculare sau traumatisme.

Sfera cea mai largă de aplicaţie o are tratamentul prin hipnoză în cazul afecţiunilor nevrotice (reacţii de tip fobic, atacuri de panică, anxietate, tulburări ale atenţiei şi memoriei).

Cercetări recente au evidenţiat faptul că prin hipnoză s-ar putea influenţa favorabil chiar evoluţia unor boli grave, cum ar fi cancerul sau SIDA. Astfel, la penultimul congres european de hipnoză din 1990, Simonton din S.U.A. a elaborat de curând o lucrare denumită „Rolul psihoneuroimunologiei – consiliere şi factorul psihic în cancer". Specialistul german Lenk (1990) a condus un seminar practic dedicat utilizării hipnozei în cancer, iar un coleg al său, tot german, Otremba (1990) a prezentat date clinice şi experimentale încurajatoare obţinute pe pacienţi bolnavi de SIDA.

Adepţii psihoterapiei, în care includem hipnoterapeuţii, au ajuns la concluzia că dacă prescriem medicamente pentru probleme de natură psihologică, nu facem decât să mascăm problema reală.

Înţelepţii orientali spuneau că dăruind cuiva un peşte îi vom potoli foamea pentru câtva timp, dar dacă îl învăţăm să pescuiască el va fi capabil să-şi procure hrana pentru tot restul zilelor.

La fel, dacă îi învăţăm pe pacienţi prin intermediul hipnozei şi apoi ai autohipnozei (hipnoza realizată de pacient singur, în absenţa terapeutului) cum să se însănătoşească şi să rămână sănătoşi, cum să-şi rezolve problemele de viaţă, le punem la dispoziţie un mijloc care îi va ajuta să-şi menţină echilibrul sufletesc şi o stare bună tot restul vieţii.

Majoritatea oamenilor nu sunt conştienţi de resursele interioare pe care le au la dispoziţie, ei ignorând faptul că există o cale de a intra în contact cu aceste resurse pentru a ameliora şi menţine sănătatea şi pentru a se autoperfecţiona fizic şi psihic.

Mentalul conştient al omului îl ajută să rezolve o serie de probleme, să înţeleagă diverse situaţii doar la nivel logic. Trebuie deschise şi căile pentru cunoaşterea intuitivă care are loc prin mecanisme subconştiente şi aceasta se face mai uşor cu ajutorul relaxării, hipnozei şi autohipnozei.

2.1. **Caracterizarea generală a fenomenului hipnotic**

Marcuse (1959) subliniază faptul că hipnoza este o stare modificată a organismului produsă prin repetarea unor stimuli şi în care sugestia este mai eficientă decât de obicei.

Majoritatea specialiştilor definesc hipnoza ca o stare indusă, de regulă în mod artificial asemănătoare cu somnul, dar în acelaşi timp diferită de acesta din punct de vedere fiziologic, stare caracterizată prin sugestibilitate crescută, ca rezultat al căreia pot fi induse subiectului, mai uşor decât în stare normală, o serie de modificări senzoriale, perceptive, mnezice şi motorii (după Weitzenhoffer, 1963).

Prin hipnoză se realizează deci o stare de hipersugestibilitate selectivă produsă subiectului prin anumite proceduri specifice, de natură fiziologică sau/şi psihologică de către o altă persoană (hipnotizator) sau de către subiectul însuşi (în cazul autohipnozei).

În timpul hipnozei pot fi induse o serie de modificări spectaculoase ale proceselor psihice şi ale comportamentului, modificări ce pot îmbrăca aspecte pozitive sau negative în funcţie de conţinutul sugestiilor administrate (Gheorghiu, 1977). Astfel, pot fi realizate:

A) *Modificări ale sferei senzoriale, iluzii* (perceperea distorsionată a unor obiecte existente în realitate), halucinaţii (percepţii fără corespondent în realitate), precum şi modificarea unor praguri senzoriale, hiperstezie – accentuarea sensibilităţii, anestezie – reducerea generală a sensibilităţii şi analgezie – reducerea sensibilităţii dureroase. Datorită acestor afecte, este posibilă utilizarea hipnozei în combaterea durerii.

B) *Modificări prosexice* (ale atenţiei): în hipnoză se produce o orientare selectivă a atenţiei, care este îndreptată predominant spre cele sugerate de terapeut şi într-o mai mică măsură spre stimulii ambianţei.

C) *Modificări mnezice* (ale memoriei): prin hipnoză se poate obţine o amnezie (uitare) totală sau parţială a unor obiecte, evenimente, date, după cum se poate obţine o hipermnezie sau accentuare a funcţiei mnezice, subiectul reţinând şi redând mai uşor şi mai exact materialul memorat.

D) *Modificări în sfera gândirii*: în urma inducţiei hipnotice poate să funcţioneze la unii subiecţi ceea ce specialiştii numesc „logica transei", datorită căreia ei acceptă ca fiind logice situaţii pe care nu le-ar considera ca atare în stare normală. De pildă, subiectul, care, în urma sugerării faptului că este preşcolar, se comportă ca un copil de 6 ani, poate discuta în acelaşi timp cu soţia sa, fără ca acest lucru să i se pară ciudat sau nepotrivit.

E) *Modificări în domeniul activităţii motorii*: relaxare musculară, acţiuni automate, rigiditatea corpului, menţinerea timp îndelungat a unor poziţii incomode, cât şi modificarea comportamentului de ansamblu al subiectului.

F) *Modificări în sfera afectivităţii*. Acestea capătă conţinut specific în funcţie de cele sugerate de terapeut. De regulă, majoritatea subiecţilor care au fost hipnotizaţi, afirmă în mod spontan că au trăit în timpul hipnozei o stare afectivă pozitivă, de calm, linişte şi relaxare profundă.

Frecvent hipnotizatorii profesionişti sugerează subiecţilor regresia de vârstă. Când sugestiile au acţionat, subiectul se comportă ca şi cum ar avea o vârstă mai mică decât cea reală, el modificându-şi comportamentul astfel încât să corespundă vârstei sugerate. La subiecţii foarte sugestibili se modifică vocea, mimica şi chiar scrisul, caracterele utilizate în scriere fiind specifice copilăriei. Mulţi autori citează cazuri în care subiecţii regresaţi până la vârsta copilăriei şi-au amintit o limbă pe care o vorbiseră în copilărie şi pe care o uitaseră în prezent, conversând sau chiar scriind în limba respectivă.

As (1962) relatează cazul unui subiect care, regresat la vârsta copilăriei, utiliza un dialect suedez, iar Gheorghiu (1977) pe cel al altui subiect, care vorbea maghiara. Nici unul din aceşti subiecţi nu-şi mai amintesc de limbile respective în stare de veghe.

Milard (1975), la rândul său, citează cazul unui subiect care fusese crescut în China, în copilărie, şi care în urma regresiei de vârstă şi-a scris numele cu caractere chineze, ceea ce nu a fost capabil să facă în stare de veghe.

Regresia de vârstă este mult folosită de către hipnotizatorii clinicieni pentru a „dezgropa" amintirile psihotraumatizante uitate, care au produs la subiecţi tulburări de tip nevrotic.

Sugerarea stărilor descrise mai sus, cu excepţia regresiei de vârstă, nu se utilizează decât rareori în clinică şi atunci mai mult în scopuri didactice, demonstrative sau pentru a verifica gradul de profunzime al hipnozei.

Trebuie făcută totuşi precizarea că datorită posibilităţilor neobişnuite de modificare a comportamentului prin hipnoză, este posibilă utilizarea terapeutică a acestei tehnici, prin hipnoză putându-se realiza vindecări ce par de domeniul miracolului.

2.2. **Caracteristicile stării transei hipnotice**

Rezultat al inductiei hipnotice, starea de transă hipnotică este considerată astăzi ca o stare modificată de conştiinţă.

Hilgard şi Gheorghiu (1977) descriu starea hipnotică prin următoarele caracteristici:

A) *Reducerea funcţiei de planificare.* Subiectul hipnotizat pierde iniţiativa şi nu mai are dorinţa de a realiza acţiuni planificate pe cont propriu.

Aflat în hipnoză, subiectul acţionează doar în conformitate cu cele sugerate de terapeut. El poate acţiona, dar de cele mai multe ori nu simte nevoia s-o facă. Aspectul exterior al persoanei hipnotizate este al unui individ pasiv, care reacţionează doar la comenzi venite din afară. Acest fenomen este şi mai evident atunci când terapeutul sugerează subiectului să menţină mai mult timp o poziţie incomodă pe care nu o modifică decât atunci când i se cere în mod expres s-o facă.

Gill şi Brennman (1959) au întrebat un subiect de ce crede el că se află în hipnoză. (Autori au făcut diverse experimente cu respectivul subiect aflat în hipnoză: dacă era relaxat l-au activat, dacă a afirmat că-şi simte braţul insensibil, i-au comandat revenirea sensibilităţii etc.). Interogat asupra stării sale, subiectul răspunde: „Ştiu că mă aflu în hipnoză pentru că fac ceea ce-mi spuneţi dumneavoastră".

B) *Redistribuirea atenţiei.* În hipnoză se accentuează selectivitatea atenţiei, atenţia subiectului fiind orientată în mod special spre ceea ce spune şi face hipnotizatorul. Aflaţi într-o hipnoză profundă, acesta poate înregistra stimulii din mediul înconjurător sau proveniţi de la alte persoane, dar nu reacţionează decât la comenzile date de hipnotizator (este cunoscut faptul că o altă persoană nu poate anula hipnoza indusă de către terapeut; dacă subiectul este lăsat singur, el poate reveni treptat la starea normală sau poate intra din hipnoză în somn natural).

Hilgard afirmă că interpretarea conform căreia hipnoza reprezintă o concentrare maximă a atenţiei, pe baza selectivităţii sale din stare obişnuită de veghe, teorie susţinută de Barber (1960) şi Leuba (1960), nu este susţinută de date experimentale.

Astfel, Amedeo şi Shagass (1963) au demonstrat că subiecţi în stare de hipnoză au fost mai puţin capabili să rezolve probleme de aritmetică decât cei aflaţi în stare de veghe. Înregistrarea mişcărilor oculare corelate cu performanţele cognitive indică mai curând o creştere a activităţi difuze a creierului la subiecţi hipnotizaţi.

Robert (1964), utilizând o serie de teste de atenţie, nu a găsit nici o corelaţie între capacitatea de concentrare şi hipnotizabilitate, iar Das (1964) afirmă că subiecţi cu atenţia mai susţinută sunt mai puţin hipnotizabili.

Interpretând aceste date experiemntale, Hilgard este de părere că în hipnoză avem de-a face cu o scădere a atenţiei generale, el denumind fenomenul „inatenţie selectivă". (Subiectul aude doar vocea hipnotizatorului şi nu aude alte voci).

C) *Capacitatea crescută a producţiei imaginative* (vivacitatea reprezentărilor memoriei). Din relatările subiecţilor hipnotizaţi rezultă că reprezentările din timpul hipnozei sunt deosebit de vii. Adesea ei au adevărate stări halucinatorii, percepând obiecte, persoane sau situaţii care nu există în realitate. De asemenea, este cunoscută pregnanţa şi vivacitatea viselor hipnotice.

D) *Reducerea controlului* realităţi şi toleranţa crescută pentru distorsionări ale acesteia.

În viaţa cotidiană controalele pe care le realizează omul asupra mediului înconjurător sunt foarte frecvente: omul priveşte în jur, se

uită la ceas, ascultă, atinge obiectele. În timpul hipnozei această reducere a controlului este produsă de sugestiile de relaxare şi detaşare, ea conducând la rândul său la acceptarea mai facilă a distorsiunilor perceptive. Astfel, subiectul hipnotizat acceptă amintiri false, schimbări ale personalităţii, distorsionări ale percepţiei timpului (cercetările au demonstrat că intervalele scurte sunt percepute ca mai lungi, iar cele lungi ca mai scurte), perceperea de tip halucinator a unor persoane sau obiecte care se află în încăpere.

Aceste fenomene pun în evidenţă o reducere sub influenţa hipnozei a capacităţilor discriminatorii şi critice ale subiectului. Deşi nu trebuie să înţelegem că toate capacităţile logice sunt suspendate, se observă o anumită tendinţă necritică de a lua lucrurile „ad literam".

Caracterizând acest fenomen, Orne (1959) vorbeşte de aşa-numita „logică a transei", conform căreia subiectul acceptă ca fiind logice situaţii pe care în stare naturală nu le-ar considera ca atare.

E) *Creşterea gradului de sugestiibilitate*. În hipnoză receptivitatea la sugestii a subiectului creşte foarte mult comparativ cu starea obişnuită. Stimuli sau incitaţi sugestive, care în afara hipnozei determină reacţii de intensitate foarte redusă sau nu produc nici o reacţie, conduc la modificări de amploare dacă sunt administraţi în urma inducţiei hipnotice. Pe aceasta se bazează numeroasele aplicaţi ale hipnozei în terapie sau în optimizarea comportamentului.

F) *Accentuarea comportamentului de jucare a unor roluri*. Subiectul aflat în hipnoză nu efectuează numai acţiuni simple, sugerate de terapeut. El poate intra într-un rol care presupune desfăşurarea unor acţiuni complexe cerute de acesta.

Subiecţi prezintă în hipnoză o mai mare capacitate de transpunere în rolurile sugerate, comparativ cu starea obişnuită. Astfel, de pildă, unui subiect căruia i se sugerează că are altă vârstă decât cea reală sau că este o altă persoană, va tinde să interpreze cu multă autenticitate rolul sugerat. Există chiar şi o teorie care tinde să explice fenomenul hipnotic prin jucarea unui rol (Sarbin, 1956; Sarbin şi Anderson, 1967).

G) *Apariţia amneziei post-hipnotice*. Amnezia sau uitarea celor ce s-au petrecut în timpul hipnozei reprezintă una din particularităţile de bază ale stării hipnotice. Această amnezie poate fi sugerată de terapeut dar ea se poate instala şi spontan mai ales în stările de transă mai profundă.

H) *Starea de relaxare psiho-fixică*. Majoritatea subiecţilor care au fost hipnotizaţi şi s-au dovedit receptivi la hipnoză descriu starea pe care au resimţit-o ca fiind caracterizată prin relaxare fizică şi psihică, lipsă de interes pentru ceea ce se petrece în jur, dorinţa de a urma cu exactitate instrucţiunile terapeutului, incapacitatea de a se opune acestora, dorinţa şi satisfacţia de a rămâne vreme îndelungată fără a întreprinde ceva. Mulţi subiecţi relatează şi prezenţa unor senzaţii de greutate şi uneori de căldură în membre, ca în cazul relaxării după metoda antrenamentului autogen al lui Schultz.

I) *Scăderea acuităţii perceptive*. În stare hipnotică, stimulii ambianţei sunt percepuţi mai estompat, cu mai puţină claritate şi precizie, unii dintre aceştia nefiind percepuţi deloc.

Mulţi subiecţi au descris starea trăită în timpul hipnozei ca fiind o stare intermediară între starea de veghe şi cea de somn.

Hilgard a aplicat asupra unor subiecţi cunoscuta scală de hipnotizabilitate Stanford şi i-a solicitat apoi pe aceştia să relateze cu privire la efectele spontane, nesugerate ce apar în timpul hipnozei.

Majoritatea subiecţilor hipnotizaţi relatează că au simţit: lipsa dorinţei de a vorbi, de a se mişca şi de a gândi, tendinţa de a da curs celor sugerate de experimentator, schimbări în aparenţa sau dimensiunea unor părţi ale corpului, senzaţie de zbor, de vârtej, ei descriind starea ca fiind asemănătoare cu somnul.

Tart (1970) a interogat un subiect, foarte talentat pentru hipnoză, asupra stării trăite de acesta în timpul unei transe profunde. Acesta a caracterizat starea sa astfel:

– absenţa senzaţiei corpului propriu;

– absenţa senzaţilor sau evenimentelor venite din afară, conştientizează doar un fel de fluid sau flux de energie care îl înconjoară;

– nu are conştiinţa lumii exterioare, cu excepţia voci depersonalizate a hipnotizatorului, care îi transmite mesaje agreabile şi amuzante, care parcă îi vin din marea infinită a oceanului cosmic;

– sentimentul că se află în afara timpului;

– pierderea identităţii personale.

Desigur, nu toţi subiecţii sunt capabili să atingă o astfel de profunzime a transei hipnotice. Interesant este că stări similare cu cele descrise de subiectul investigat de Tart au fost descrise de cei care au studiat diversele variante ale meditaţiei de tip oriental (Govinde, 1960; Phillipe, 1963).

2.3. **Profunzimea hipnozei**

Nu toţi oamenii pot fi hipnotizaţi în aceeaşi măsură. Unii nu reacţionează de fel la inducţia hipnotică, alţii reacţionează moderat, iar alţii se dovedesc deosebit de receptivi. Susceptibilitatea hipnotică reprezintă capacitatea individului de a fi hipnotizat. Oamenii diferă în privinţa acestei susceptibilităţi aşa cum diferă în ceea ce priveşte inteligenţa sau aptitudinile sportive.

Specialiştii au ajuns la concluzia că performanţa hipnotică depinde atât de susceptibilitatea hipnotică a individului, cât şi de atitudinea acestuia faţă de hipnoză (o persoană înalt hipnotizabilă poate rezista la hipnoză dacă îşi propune acest lucru).

Pentru măsurarea susceptibilităţii hipnotice au fost alcătuite, încă de la sfârşitul secolului trecut, scale de evaluare a gradului de profunzime al hipnozei pe care poate să-l atingă un individ.

Profunzimea hipnozei, după Liebeault (1889) (cf. Hilgard, Weitzenhoffer, Lande şi Moore, 1961):

A) *Somnul superficial*

– Ameţeală: toropeală, senzaţie de greutate în cap, dificultăţi de a deschide ochii.

– Somn uşor: semnele de mai sus, la care se adaugă catatepsie (greutate, inerţie musculară), dar cu capacitatea de a-şi modifica poziţia membrelor.

– Somn ceva mai profund: insensibilitate, catalepsie, automatisme motorii. Subiectul nu mai poate interveni în desfăşurarea mişcărilor automate (dacă se imprimă o mişcare rotativă a braţului, subiectul nu mai este capabil s-o controleze).

– Stare intermediară: la catalepsie şi automatisme se adaugă faptul că subiectul nu mai reacţionează la nimic în afară de comenzile date de hipnotizator şi nu-şi mai aminteşte decât relaţiile dintre el şi hipnotizator.

B) *Stare somnambulică profundă*

– Somn de tip somnambulic obişnuit: se caracterizează prin amnezie totală la trezire şi halucinaţii în timpul stării hipnotice care dispar la trezire. Subiectul se află sub controlul hipnotizatorului.

– Somn de tip somnambulic profund: amnezie totală la trezire. Halucinaţii hipnotice şi posibile halucinaţii post-hipnotice. Subiectul se află sub controlul total al hipnotizatorului.

Cotarea susceptibilităţii hipnotice după Davis şi Husband (1931)

Profunzimea hipnozei	Punctul acordat (Scor)	Manifestări obiective
- Non susceptibil	0	
- Stare hipnotică	2	- Relaxare musculară
	3	- Tremurul pleoapelor
	4	- Închiderea ochilor
	5	- Relaxare fizică totală
- Transă uşoară	6	- Catalepsia pleoapelor
	7	- Catalepsia membrelor
	10	- Catalepsia rigidă
	11	- Anestezie în mănuşă (anularea sensibilităţii numai în anumite zone ale mâinilor)
- Transă medie	13	- Amnezie (uitare) parţială
	15	- Anestezie post-hipnotică
	17	- Modificări în sfera personalităţii
	18	- Reacţionează la sugestii post-hipnotice simple
	20	- Distorsionări perceptive (iluzii)

- Transă profundă (de tip somnambulic)	21	- Capacitate de a deschide ochii fără a afecta transa
	23	- Sugestii post-hipnotice bizare care sunt acceptate de subiect
	25	- Comportament de tip somnambulic
	26	- Halucinaţii vizuale pozitive* post-hipnotice
	27	- Halucinaţii auditive post-hipnotice
	28	- Amnezie post-hipnotică sistematică
	29	- Halucinaţii auditive negative
	30	- Hiperestezii (accentuarea sensibilităţii)

* Halucinaţiile pozitive se referă la perceperea unor obiecte, persoane, situaţii inexistente în realitate, în timp ce halucinaţiile negative caracterizează situaţia în care obiectele şi situaţiile prezente nu sunt percepute de către subiect.

La ora actuală, în domeniul hipnozei clinice şi experimentale se utilizează cel mai frecvent scalele de hipnotizabilitate Stanford (autori Weitzenhoffer şi Hilgard, 1957; 1959; 1962) şi Harvard (autori Shor şi Orne, 1962).

Redăm în tabelul de mai jos itemii (probele) comparativi ai susceptibilităţii hipnotice ale scalelor Standford (forma A) şi Harvard (Hilgard, 1971):

Itemi (probe) aplicate Scala Standford (Forma A)	Scala Harvard	Criteriul de notare a rezultatelor după scala Harvard
1. Oscilaţia corpului	– Căderea capului	– Capul subiectului se apleacă în urma sugestiilor măcar cu 10 cm.
2. Închiderea ochilor	– idem	– Ochii subiectului se închid în urma administrării inducţiei înainte ca experimentatorul să ceară în mod expres acest lucru.
3. Coborârea braţului	– idem	– În urma sugestiilor administrate direct
4. Imobilizarea braţului	– idem	– Subiectului i se dau sugestii că braţul nu se poate ridica; el nu ridică braţul mai mult de 2-3 cm.

5. Blocarea degetelor	– idem	– I se sugerează că degetele sunt încleştate unele în altele. Nu reuşeşte să desfacă degetele atunci când i se cere.
6. Rigiditatea braţului	– idem	– I se sugerează că braţul este rigid; nu reuşeşte să îndoaie braţul mai mult de câteva grade.
7. Apropierea palmelor	– idem	– I se sugerează că palmele se apropie; se cotează atunci când palmele nu sunt mai depărtate de 10 cm la terminarea probei.
8. Inhibarea comunicării	– Inhibarea comunicării (i se sugerează că nu poate să mişte capul în semn de NU!)	– Nu poate mişca capul
9. Halucinaţie pozitivă (i se sugerează că aude bâzâitul unei muşte)	– idem	– Semne evidente cu privire la efect (face mişcări ca şi cum ar dori să alunge musca).
10. Catalepsia pleoapelor	– idem	– Ochii rămân închişi chiar când i se sugerează să încerce să-i deschidă.
11. Sugestia post-hipnotică	– I se sugerează că atinge glezna)	– Face măcar unele mişcări observabile ca şi cum ar dori să atingă glezna.
12. Amnezie post-hipnotică	– idem	– Reproduce cel mult 3 probe (sau mai puţin) de care îşi aminteşte că ar fi fost realizate în timpul hipnozei.

Scalele de testare a gradului de hipnotizabilitate se utilizează, de regulă, mai mult în scopuri experimentale. Clinicienii se mulţumesc să testeze receptivitatea la hipnoză a pacienţilor lor utilizând probe izolate (teste de sugestibilitate) din cadrul acestor scale, probe de tipul celor descrise la capitolul consacrat inducţiei hipnotice.

O problemă care a preocupat mult pe specialişti a fost în ce măsură susceptibilitatea hipnotică este antrenabilă prin experienţe repetate.

Rezultatele experimentale referitoare la această problemă sunt contradictorii. Astfel, Shor, Orne, O'Conell (1962) şi Gill şi Brennman (1959) au ajuns la concluzia că susceptibilitatea hipnotică este modificabilă în mică măsură.

As, Hilgard şi Weitzenhoffer (1963) au ales un eşantion cu scoruri medii la scala de hipnotizabilitate Standford, forma A şi au încercat prin diverse metode să le crească gradul de hipnotizabilitate (discuţii psihoterapeutice menite să modifice atitudinea faţă de hipnoză a subiecţilor, utilizarea unor diferite tehnici de inducţie hipnotică). Rezultatele obţinute de aceşti autori au fost slabe, ei ajungând la concluzia că susceptibilitatea hipnotică, aşa cum este ea măsurată cu ajutorul scalelor Standford, are o stabilitate relativă.

2.4. **Teorii explicative ale hipnozei**

A) *Teoria fluidului vital.* Cea mai veche încercare de explicare a hipnozei aparţine lui Mesmer care susţine că la baza hipnozei se află „magnetismul animal", un fel de fluid care curge din corpul hipnotizatorului în cel al subiectului. Medicina timpului respectiv a infirmat această ipoteză, deşi a fost nevoită să accepte realitatea clinică a fenomenului hipnotic.

Cercetările moderne de laborator, realizate cu ajutorul metodei electronografice, au pus în evidenţă existenţa unui biocâmp ce înconjoară organismele vii şi pe care specialiştii îl explică printr-o concentrare masivă de microparticule de apă de la nivelul pielii modificând prin prezenţa sa unele caracteristici ale organismului. Nu a putut fi însă pusă în evidenţă până în prezent vreo legătură directă dintre existenţa acestui biocâmp şi producerea fenomenului hipnotic.

B) *Hipnoza – fenomen psihopatologic* – specific isteriei. Cunoscutul psihiatru francez Charcot considera receptivitatea hipnotică fiind caracteristică doar persoanele isterice, deci ca pe un fenomen patologic. El presupune că atunci când indivizii îşi recapătă echilibrul, ei nu mai pot fi hipnotizaţi. Studiile ulterioare au arătat însă că subiecţi normali sunt de cele mai multe ori mai hipnotizabili decât bolnavi psihici.

C) *Hipnoza şi somnul.* Mulţi autori au susţinut ideea asemănări dintre hipnoză şi somn (chiar termenul de hipnoză provine de la termenul grecesc Hypnos = Somn).

Această teorie se bazează pe faptul ca persoana hipnotizată părea ca şi adormită (relaxată, inactivă, de cele mai multe ori cu ochi închişi).

Cunoscutul fiziolog rus Pavlov considera că inhibiţia, somnul şi hipnoza fac parte din aceeaşi categorie de fenomene. După opinia sa, în timpul hipnozei, pe scoarţa cerebrală aflată în inhibiţie se menţin unele focare de veghe, pe baza cărora este posibilă legătura dintre subiect şi hipnotizator, subiectul fiind capabil să execute comenzile date de acesta.

Dar nici datele clinice, nici cele experimentale nu au confirmat ipoteza conform căreia hipnoza ar fi tot una cu somnul. Astfel, s-a demonstrat că un individ aflat în stare de hipnoză mai profundă poate fi activ în funcţie de conţinutul sugestiilor care i se administrează (ţine ochii deschişi, se mişcă, execută diferite acţiuni complexe).

Nici din punct fiziologic reacţile din timpul hipnozei nu seamănă cu cele din timpul somnului. Undele cerebrale din timpul hipnozei sunt specifice stării de veghe relaxată (unde alfa), în timp ce pentru somn sunt specifice unde mai lente. Studiile E.E.G. au demonstrat că un individ este cu atât mai hipnotizabil cu cât are unde alfa mai bine reprezentate. Pe aceste date se bazează cei care consideră hipnoza ca find o relaxare mai profundă.

D) *Hipnoza şi teoria rolului.* Această teorie aparţine lui Sarbin (cf. Marcuse, 1959), care consideră fenomenul hipnotic ca interpretarea unui rol (acela de persoană hipnotizată). Se accentuează ideea că individul hipnotizat se comportă aşa cum crede el că trebuie să se comporte o persoană aflată în hipnoză, în conformitate cu propriile sale idei despre hipnoză şi cu indicaţiile hipnotizatorului, abandonându-se pe sine în rol. Această încercare de explicare psihosocială a hipnozei se bazează în mare măsură pe faptul că a fost găsită o corelaţie semnificativă între hipnotizabilitate şi aptitudinile actoriceşti.

Gheorghiu (1977) arată însă că teoria rolului înlocuieşte o metaforă – cea de „transă hipnotică", cu o altă metaforă – cea de „rol", fără

ca prin aceasta să explice esenţa fenomenului investigat. Nu pot fi explicate mai ales diferenţele interindividuale în ceea ce priveşte hipnotizabilitatea si anume de ce unii subiecţi se transpun până la uitare de sine în rolul de persoană hipnotizată, iar alţii nu reuşesc decât foarte puţin sau deloc acest lucru.

Teoria rolului nu poate explica nici modul în care se poate realiza o operaţie de chirurgie majoră în stare de hipnoză, în absenţa unor substanţe anestezice şi nici modul în care se realizează transpunerea în rol în cadrul fenomenelor de autohipnoză. De asemenea, cu ajutorul acestei teorii nu se poate explica nici faptul că unii subiecţi care doresc din tot sufletul să fie hipnotizaţi şi cunosc foarte bine rolul de persoană hipnotizată, nu răspund totuşi la hipnoză.

E) *Hipnoza şi teoriile învăţării* (Hall, 1933; Weitzenhoffer, 1953). Această teorie epxlică posibilitatea comportamentului hipnotic pe baza învăţării (condiţionării unor deprinderi de a intra în transă). Autorii ei susţin că deprinderile hipnotice seamănă cu cele de tipul absorbţiei în lectură sau cu deprinderile de a trăi intens aventuri imaginare, insistând mult asupra importanţei imitaţiei în cadrul comportamentului hipnotic. După cum se poate lesne observa şi această teorie este insuficientă, ea mărginându-se mai curând să descrie modul în care se structurează comportamentul hipnotic decât să explice mecanismele profunde ale acestuia.

F) *Hipnoza şi psihanaliza.* Au existat încercări de a explica ceea ce se întâmplă cu subiectul aflat în hipnoză şi prin intermediul conceptelor specifice psihanalizei.

Astfel, mulţi autori consideră transa hipnotică un fenomen regresiv, de întoarcere a subiectului la trăiri specifice vârstelor copilăriei. În stare de transă hipnotică subiectul poate obţine o serie de beneficii secundare, pe care nu le-ar obţine în stare de veghe (îşi permite libertăţi pe care altfel nu şi le-ar putea permite).

Se subliniază importanţa raporturilor de subordonare dintre subiect şi hipnotizator, pe care psihanaliştii le aseamănă cu cele dintre părinte şi copil. Astfel, conform acestei teorii în cadrul hipnozei paterne, hipnotizatorul este identificat cu figura autoritară a tatălui în timp ce în cadrul hipnozei materne hipnotizatorul preia rolul protector al mamei.

Toţi psihanaliştii încearcă să stabilească o analogie între fenomenul hipnotic şi dragostea de tip erotic, insistându-se pe fenomenele de tip transferenţial care apar între subiect şi hipnotizator.

Astfel, de pildă, Gill şi Brenman (1947) explică hipnoza prin intermediul regresiei şi transferului.

Psihanaliza modernă consideră hipnoza ca o regresie parţială în slujba egoului (Kris, 1952).

Hilgard este de părere că şi această explicaţie a manifestărilor hipnotice este insuficientă, neacoperând toată aria de manifestări specifice acestora.

Dificil de explicat prin prisma conceptelor psihanalitice ar fi şi fenomenele de autohipnoză. Dacă în ceea ce priveşte explicaţia teoretică psihanaliza pare să nu fi adus prea multe lucruri noi, îmbinarea practică dintre hipnoză şi psihanaliză – hipnoanaliza – s-a dovedit metodă utilă în terapie.

G) *Teorii eclectice ale hipnozei.* Aceste teorii combină, în explicarea hipnozei, elemente aparţinând unor teorii diverse. Astfel, Shor (cf. Gheorghiu, 1977), autorul teoriei tridimensionale a hipnozei, consideră că hipnoza ca stare modificată de conştiinţă, trebuie înţeleasă ţinându-se seama de trei elemente:

– tendinţa subiectului de a juca rolul de persoană hipnotizată (conform teoriei rolului);

– profunzimea transei hipnotice;

– actualizarea unor aspecte arhaice, regresive, implicate în conduita hipnotică.

Deşi elementele aparţinând mai multor orientări se completează reciproc, nici în cadrul teoriei tridimensionale nu se poate spune precis cum se explică diferenţele individuale în ceea ce priveşte profunzimea transei atinse de subiect.

H) *Teoria comportamentală în problema hipnozei.* Această teorie, aparţinând lui Barber şi colaboratorilor săi, pune accentul, în explicarea hipnozei, pe comportamentul subiectului în situaţia experimentală, insistând asupra rolului factorilor: motivaţie, atitudine, expectaţie în producerea unor reacţii concordante cu cele sugerate. El susţine că

subiecţii trăiesc fenomene asemănătoare cu cele de tip hipnotic şi în următoarele situaţii:

– când au atitudini, motivaţii şi expectaţii favorabile faţă de situaţia test;

– când li se spune să-şi imagineze cele sugerate de experimentator.

Deci, atitudinile pozitive ar fi cele care fac subiectul să răspundă bine la sugestiile hipnotizatorului.

Barber şi Hahn (1962) au demonstrat experimental că anlgezia sugerată prin imagini administrate în stare de veghe a produs o creştere a rezistenţei la durere (în situaţii experimentale) asemănătoare cu cea produsă prin hipnoză, evidenţiindu-se aceleaşi reacţii la măsurătorile fiziologice concomitente. Experimentatorii susţin, pe baza unor date de acest tip, faptul că noţiunile de transă şi hipnoză nu mai sunt necesare în explicarea hipersugestibilităţii şi performanţelor aşa-zisului „comportament hipnotic". Răspunsurile la sugestiile directe şi performanţele asociate în mod tradiţional cu termenul de hipnoză pot fi incluse în cadrul unui concept mai general pe care autorii îl denumesc „motivaţia pentru îndeplinirea sarcinii" (Barber şi Calverley, 1962).

Deci, ceea ce se înţelege în mod tradiţional prin hipnoză nu constituie, conform acestei teorii, decât o manifestare mai accentuată a receptivităţii la sugestii.

O obiecţie la această interpretare ar putea-o reprezenta faptul că, dacă fără utilizarea unei inducţii hipnotice se obţin fenomene asemănătoare cu cele hipnotice, nu înseamnă obligatoriu că avem de-a face cu situaţii identice, motivarea pentru sarcină producând un comportament complezent care mimează pe cel hipnotic, dar nu se identifică cu cel hipnotic (Gheorghiu, 1977). De asemenea, este greu de presupus ca o operaţie de chirurgie majoră ar putea fi realizată fără anestezice doar creind motivaţii şi atitudini pozitive pacientului.

I) *Teoria disocierii personalităţii* şi teoria funcţionării diferenţiate a celor două emisfere cerebrale. În anul 1973 Hilgard se referea pentru prima oara la conceptul de „observator ascuns", discutând unele fenomene care se petrec în timpul hipnozei. Termenul a izvorât din interpretarea unor date experimentale referitoare la controlul durerii prin hipnoză, experimente în urma cărora a rezultat că, în timpul hipnozei, durerea dispare din punct de vedere subiectiv, dar corelatele ei fiziologice persistă; în acelaşi timp subiectul înregistrează durerea la nivelul de care este responsabil „observatorul ascuns". (Subiectului aflat în hipnoză i se cere să introducă mâna în apa cu gheaţă şi să spună dacă simte sau nu durerea. Experimentatorul constată cu surpriză că acesta relatează verbal că nu simte durerea, în timp ce, cu cealaltă mână, el scrie automat că o simte).

O explicaţie posibilă pentru acest fenomen ar fi aceea a disocierii psihologice între diversele substructuri ale personalităţii.

Strâns legată de această ipoteză a disocierii psihice ar putea fi şi interpretarea care leagă fenomenele hipnotice de diferenţele funcţionale existente între cele două emisfere cerebrale.

În ultimii ani hipnoza a fost definită şi ca o comutare la nivelul emisferelor cerebrale, ea constând în activarea emisferei drepte şi dezactivarea celei stângi. Această definire pare să aibă la bază argumente valide, deoarece starea hipnotică este caracterizată prin modificări ale percepţiei spaţiului şi timpului, a proceselor cognitive (logică şi capacitate de testare a realităţii mai reduse, mai multă sugestibilitate, creativitate, toleranţă la ambiguitate), prezenţa altor forme de prelucrare a informaţiei (procesare simultană şi paralelă în loc de procesare liniară), toate aceste fenomene fiind caracteristice funcţionării prioritare a emisferei cerebrale drepte.

Totuşi, deoarece localizarea cerebrală exactă a multor funcţii psihice este înca discutabilă, Unestahl (1987) consideră că este încă prematur sa definim hipnoza ca o comutare la nivel emisferic. Autorul citat propune în schimb, utilizarea a două modalităţi distincte de funcţionare a conştiinţei: modul dominant (D) şi modul alternativ (A), acesta din urmă fiind responsabil de fenomene şi manifestări printre care se pot include şi cele de tip hipnotic (şi de care pare să fie mai curând responsabilă funcţionarea emisferei cerebrale drepte).

Modurile conştiinţei (după Unestähl, 1987)

Modul dominant (D) LOGICA	Modul dominant (A) INSIGHT
Gândire analitică	Sinteză
Testarea realităţii	Automatism
Tactică, planificare	Sugestibilitate
Strategii	Sensibilitate
Evaluare	Intuiţie
Spirit critic	Evaluarea liberă a informaţiei
Analiza detaliilor	Feed-back pozitiv
Instrucţiuni verbale	Apreciere globală
Controlul voluntar	Vizualizare
Gândirea evenimentelor trecute şi viitoare	Imagini kinestezice
Linearitate temporală	Controlul prin autoprogramarea scopurilor
Procese seriale	Trăire în prezent
Determinarea verbală a comenzilor	Procese cognitive paralele
Încercări	Înţelegere nonverbală
Eforturi	Metafore
Stare normală de conştiinţă	Modelare
	Stare alternativă de conştiinţă

Se constată faptul că această interpretare plasează fenomenele hipnotice alături de cele de creaţie, intuiţie sau meditaţie.

Capitolul 3

INDUCŢIA HIPNOTICĂ

Inducţia hipnotică reprezintă procedeul prin care se realizează transa hipnotică. Aceasta presupune concentrarea asupra unui obiect de dimensiuni mici, de regulă strălucitor, asupra unei anumite zone a corpului (de exemplu, punctul dintre sprâncene), asociată cu administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolenţă.

Hartland (1971) enumera trei faze ale inducţiei hipnotice: A) faza de pregătire; b) inducţia hipnotică propriu-zisă; c) faza de adâncire a transei (v. § 3.2.).

a) În faza de pregătire a inducţiei hipnotice, terapeutul trebuie să explice subiectului în ce constă hipnoza, ce se aşteaptă de la el şi ce efecte poate avea aplicarea hipnozei. Se insistă mai ales asupra avantajelor pe care le are hipnoza în eliminarea unor simptome de care subiectul vrea să scape. Este necesar ca terapeutul să-l asigure pe pacient că nu are de ce să-i fie frică şi că va trăi experienţe agreabile. Subiecţii anxioşi trebuie interogaţi de către terapeut asupra fricii lor şi încurajaţi. De exemplu, în cazul unui subiect care se teme că ar putea fi manipulat de terapeut, este necesar să i se explice că el nu-şi va pierde starea de conştienţă şi că, dacă doreşte, va putea ieşi oricând din starea de hipnoză. În această fază de pregătire i se cere pacientului sa fie cât mai pasiv şi să nu încerce să-l ajute sau să se opună terapeutului. Se precizează că este în interesul lui să beneficieze de avantajele hipnozei şi că dacă totuşi nu vrea să fie hipnotizat, ar fi mult mai bine să se adreseze altui specialist. În continuare i se dă subiectului indicaţia de a nu-şi analiza starea, de a nu încerca să afle ce e cu el. El trebuie doar să respecte instrucţiunile terapeutului.

b) faza de inducţie hipnotică propriu-zisă cuprinde comportamentele impuse de terapeut subiectului, la care se adaugă ceea ce spune şi face terapeutul. Inducţia hipnotică presupune distragerea de la stimulii perturbatori externi, concentrarea asupra unui obiect de dimen-

siuni mici şi asupra spuselor terapeutului, sugerarea relaxării şi somnolenţei, stimularea jocului liber şi a imaginaţiei.

După Kubie şi Margolin (cit. Hartland, 1971), idnucţia hipnotică ar avea trei componente: 1) sugerarea imobilităţii; 2) fixarea privirii; 3) administrarea de stimuli monotoni.

După Gil şi Brenman, în astfel de situaţii terapeutul:

1) contribuie la sărăcirea stimulărilor senzoriale ale subiectului prin limitarea mişcărilor corporale;

2) încearcă sa altereze imaginea rezultată ca urmare a conştientizării corporale a subiectului;

3) sugerează un fel de proces de disociere focalizând atenţia subiectului asupra mişcărilor proprii, astfel încât unele mişcări care, de regulă, se produc în mod voluntar devin involuntare;

4) sparge tiparul relaţiilor adaptative normale ale subiectului, creind un fel de atmosferă magică.

În inducţia hipnotică, terapeutul are la dispoziţie două strategii speciale:

1) o strategie de deprivare senzorială;

2) o strategie care dezvoltă un tip de relaţie interumană specifică între terapeut şi pacient, relaţie cu un profund conţinut transferenţial.

3.1. **Testarea gradului de hipnotizabilitate**

Înainte de a trece la faza de inductie hipnotică propriu-zisă, terapeutul testează gradul de sugestibilitate prin teste aplicate în stare de veghe. Menţionăm câteva din aceste teste:

a) testul oscilaţiei corpului;

b) testul catalepsiei pleoapelor;

c) testul încleştării degetelor;

d) testul rigidităţii braţului.

a) *Testul oscilaţiei corpului.* Subiectului i se cere să stea cu spatele la experimentator şi să relaxeze toţi muşchii (este indicat ca subiectul să poarte pantofi cu tocuri joase). Instructajul care se administrează este următorul:

„Doresc să stai în picioare cu vârfurile apropiate. Închide ochii şi relaxează-te. În câteva momente îţi voi cere să-ţi imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mâinile pe spatele tău şi vei simţi cum mâinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ţi fie teamă. Lasă-te dus, eu voi sta în spatele tău şi te voi prinde ... etc."

Se consideră sugestibil acel subiect care are tendinţa de a cădea în direcţia sugerată.

b) *Testul catalepsiei pleoapelor.* Subiectului, aşezat într-o poziţie comodă, i se administrează următoarele sugestii:

„Doresc să închizi ochii şi să te relaxezi. Nu te teme, nu te voi hipnotiza încă. Fii atent la vocea mea şi relaxează-te. Pe măsură ce te relaxezi, pleoapele tale devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curând vei constata că ţi-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb. Îţi va fi foarte greu să deschizi ochii când îţi voi spune s-o faci. Pleoapele tale sunt foarte grele. Foarte grele şi strâns lipite. Ochii sunt atât de bine închişi, încât nu-i poţi deschide. Încearcă să deschizi ochii."

Dacă subiectul are dificultăţi în deschiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun subiect pentru hipnoză.

c) *Testul încleştării degetelor.* I se cere subiectului să-şi scoată inelele şi i se administrează următorul instructaj:

„Doresc să-ţi încleştezi degetele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei şi strânge bine degetele unele într-altele. Strânge degetele cât poţi de tare. Pe măsură ce strângi degetele unele într-altele vei constata că degetele devin tot mai încleştate, tot mai bine strânse unele în altele, ca şi cum ar fi sudate. Degetele sunt tot mai încleştate, tot mai strânse, tot mai încleştate, încât nu poţi să le desfaci. Ţi-e imposibil să le desfaci. Încearcă să-ţi desfaci degetele, cu cât încerci mai mult cu atât reuşeşti mai puţin... Încearcă! Dar nu poţi!"

Cu subiecţii care nu pot desface degetele sau le desfac doar parţial se poate trece la inducţia hipnotică.

g) *Testul ridigităţii braţului.* Subiectului aşezat pe un scaun i se dau următoarele instrucţiuni:

„Întinde braţul drept înainte, la înălţimea umărului (se demonstrează). Strânge pumnul, uită-te în ochii mei şi imaginează-ţi că braţul tău

drept devine rigid, tot mai rigid, ca o bară de oţel. Braţul tău devine rigid, ţeapăn, parcă ar fi o bară de oţel şi ştii că este imposibil să îndoi o bară de oţel aşa cum este braţul tău. Braţul tău este rigid, tot mai rigid. Încearcă, dar nu poţi!". Ca şi în cazul celorlalte teste de sugestibilitate, dacă subiectul nu poate îndoi braţul, terapeutul îl poate considera potrivit pentru hipnoză.

Înainte de inducţia hipnotică, terapeutul trebuie să-i spună subiectului că închiderea ochilor nu este obligatorie pentru hipnoză. Mai ales în hipnoza profundă subiectul poate ramâne cu ochii deschişi. Uneori, subiectul aflat în hipnoză poate deschide spontan ochii fară un motiv special, dar el se află totuşi în transă, iar pentru închiderea ochilor se dă o simplă comandă: „Închide ochii!"

Se descriu subiectului experienţele pe care acesta trebuie să le trăiască, apoi sugestiile se dau la timpul prezent, ca şi cum s-ar petrece chiar atunci, pe un ton monoton, repetitiv, blând. Când este evident că subiectul se află încă în hipnoză, se pot da sugestii într-o manieră mai autoritară.

Marlene Hunter (1988) subliniază faptul că pentru însuşirea unei tehnici de inducţie hipnotică este tot atât de important *ce* spui şi *cum* spui. Regulile de care ţinem seama sunt următoarele:

a) Terapeutul trebuie să se asigure că există o concordanţă între cuvinte şi tonul vocii.

De pildă, când dăm sugestii de genul: „te relaxezi tot mai *adânc*, tot mai adânc, mai profund... etc., vocea trebuie să reflecte sugestiile verbale.

b) În măsura posibilităţilor se recomandă evitarea negaţiilor. Dacă spunem „nu vei mai simţi panica" mai mult ca sigur că subiectul nostru va trăi respectiva stare. O sugestie de tipul „te vei simţi comfortabil, în siguranţă..." are mult mai multe şanse de succes.

Adesea, chiar şi cei mai experimentaţi terapeuţi par să uite că limbajul subconştientului este format din imagini, logica şi cuvintele reprezentând modul de lucru al nivelului conştient.

c) este mai indicată utilizarea unor sugestii cu caracter permisiv, securizant, ca de pildă: „simte-te cât de relaxat doreşti", sau „poate ţi se va părea interesant să explorezi stările tale psihice" etc.

d) Evitaţi, pe cât posibil, utilizarea cuvântului „încearcă" deoarece acest termen evocă ideea ca subiectul ar putea să nu reuşească; este mai bine să utilizăm termeni ca „explorează", „descoperă", „învaţă" etc.

e) Amintiţi-vă că unele momente de tăcere plasate din când în când după afirmaţii securizante de tipul „e bine aşa" sunt bine venite.

f) O regulă de bază o constituie atitudinea degajată a terapeutului deoarece, în acest caz şi pacientul se va simţi în largul său.

Există diferite tehnici de inducţie hipnotică, din care vom enumera câteva: tehnica fixării cu privirea (este foarte obositoare pentru terapeut); tehnica fixării pe un obiect exterior. Astfel, pot fi folosite obiecte strălucitoare de dimensiuni mici, de exemplu: o bilă metalică fixată pe o tijă, o bilă de cristal pe care terapeutul o ţine în mână, un capac de stilou. De asemenea, se poate folosi o ţintă, ca de pildă, o bucată de carton cenuşiu sau verde estompat, pe care se prinde un nasture metalic strălucitor, argintiu sau auriu. O altă tehnică are în vedere concentrarea pe degetele terapeutului ţinute în poziţie de V, terapeutul coborând degetele şi spunându-i subiectului că pleoapele acestuia coboară. Se mai foloseşte şi concentrarea pe punctul dintre sprâncene, pe un punct aflat pe perete sau pe tavan. La copii se foloseşte frecvent concentrarea pe unghia degetului pe care se desenează un cap de păpuşă.

Tehnicile de inducţie constau deci în cocnentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferinţă strălucitor), pe un stimul monoton (pendul, metronom, pe o anumită zonă a corpului) asociate cu administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolenţă.

O tehnică de inducţie hipnotică cunoscută este metoda de inducţie hipnotică prin fixarea privirii, preconizată de Hartland (1971). I se cere subiectului să se aşeze comod pe un scaun sau fotoliu şi i se dau următoarele instrucţiuni: „Doresc să priveşti un punct din tavan, să-ţi fixezi atenţia asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct pe care ţi-e comod să-l priveşti. Nu-ţi face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendinţa de a clipi. Dacă ţi se întâmplă acest lucru, readu încet privirea la punctul fixat. Fixează-l cât poţi de bine. Stai relaxat. Relaxează-te şi fii atent doar la vocea

mea, la ceea ce îţi voi spune. Corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult, tot mai mult. Relaxează labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, braţele, mâinile. Întregul tău corp devine tot mai relaxat şi o stare de toropeală plăcută te cuprinde tot mai mult. Simţi o greutate plăcută care îţi cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu. Braţele devin grele, foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce în ce mai grele. Eşti tot mai relaxat, toropit, de parcă ai fi pe punctul de a adormi. O senzaţie de căldură plăcută, adormitoare îţi cuprinde întregul corp. Curând te ve cufunda într-o stare de relaxare adâncă, o stare care seamănă cu un somn plăcut, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gândeşte-te la toropeala şi somnolenţa care te cuprind. Vocea mea te adoarme, te relaxează, te face tot mai relaxat. Vocea mea te face să doreşti să te relaxezi. Ţi-e imposibil să menţii ochii deschişi, ochii se închid, clipeşti tot mai des pentru că nu mai poţi ţine ochii deschişi. Clipeşti tot mai des şi în curând nu vei mai putea ţine ochii deschişi, pentru că pleoapele devin grele, foarte grele, ca de plumb (ar fi utilă coordonarea acestor sugestii cu mişcările reale de clipire). Devii tot mai toropit, mai relaxat şi în curând nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele devin tot mai grele, tot mai grele şi mai strâns lipite. (Dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm: ,,Acum închide ochii şi fii atent în continuare la ceea ce-ţi voi spune). Ochii sunt închişi acum şi te relaxezi profund, tot mai profund. Vei fi atent numai la vocea mea. Îţi vei reveni doar atunci când îţi voi spune eu să-ţi revii. Te vei simţi foarte liniştit şi relaxat. Nimic nu te va tulbura. Te vei relaxa profund, foarte profund. Pe viitor, ori de câte ori vei pronunţa cuvintele relaxare, toropeală, te vei relaxa rapid. Dacă se va întâmpla ceva ce-ţi poate pune viaţa sau sanătata în pericol, te vei trezi imediat, spontan şi vei putea face faţă situaţiei." I se mai poate sugerea subiectului că se va trezi spontan după un anumit timp.

S-a observat că unii subiecţi menţin ochii întredeschişi şi au un tremor al pleoapelor. Aceste fenomene nu trebuie considerate rezistenţe, deoarece frecvent subiecţii respectivi se află în transă. În stare de hipnoză, comportamentul subiecţilor diferă de la un individ la altul. Unii par foarte relaxaţi, ca adormiţi, iar alţii par rigizi muscular (deci

nici menţinerea ochilor închişi nu este o condiţie obligatorie). Pot fi evidenţiate o serie de trăsături ale celor hipnotizaţi cu specificarea că manifestările aparente depind şi de cele sugerate în inducţia hipnotică şi de expectaţie subiecţilor. Trăsăturile celor hipnotizaţi sunt: imobilitatea posturală în absenţa sugestiilor de mişcare; lipsa dorinţei de a comunica, subiecţii trebuind să fie întrebaţi de mai multe ori înainte de a se decide să răspundă, folosirea unui limbaj sărac, adesea şoptit; lentoare psihomotorie şi pasivitate; îngustarea câmpului conştiinţei hipersugestibilitate.

3.2. **Adâncirea transei**

Hartland (1971), după instructajul menţionat anterior, continuă cu următorul procedeu de adâncire a transei: ,,Voi înceta să-ţi vorbesc pentru un timp, iar tu vei continua să rămâi profund relaxat. Vei intra treptat într-o stare de relaxare tot mai profundă, tot mai adâncă, tot mai adâncă. Când voi începe să-ţi vorbesc, vei fi mult mai relaxat, mult mai profund relaxat decât eşti acum. Te simţi foarte bine, nimic nu te mai tulbură. Te vei relaxa tot mai mult, şi mai mult, cu fiecare expiraţie devii tot mai relaxat" (terapeutul va face o pauză de 10 secunde; dacă intervalul se prelungeşte, subiectul poate trece în somn natural).

Se observă că, pe măsură ce subiectul răspunde mai bine la primele sugestii, el devine tot mai receptiv şi transa se adânceşte spontan. Se pot administra sugestii pentru catalepsia pleoapelor (vezi cele menţionate la testul catalepsiei pleoapelor). Când ne îndoim că subiectul este în transă, nu trebuie să-l provocăm să deschidă ochii, ci să-i adâncim starea: ,,Pleoapele tale sunt grele, atât de grele încât dacă vei încerca să deschizi ochii nu vei putea. Dar nu vei încerca să deschizi ochii, nu simţi dorinţa de a deschide ochii, ci doreşti doar să te relaxezi cât mai profund".

Pentru a verifica în ce măsură inducţia hipnotică a avut efect se recomandă realizarea testului rigidităţii braţului. Dacă subiectul nu-l realizează, se recomandă să fie trezit şi rehipnotizat după altă metodă.

Dacă subiectul este receptiv pot fi folosite sugestii provocative de tipul „Încearcă să îndoi braţul, încearcă!".

În cazul subiecţilor a căror stare de inducţia hipnotică a fost confirmată prin ridigitatea braţului şi nedeschiderea ochilor se poate trece la adâncirea transei după următorul instructaj realizat tot de Hartland: „Eşti profund relaxat, dar poţi intra într-o stare de relaxare şi mai adâncă decât cea în care te afli acum. Doreşti foarte mult să atingi o stare de relaxare cât mai profundă, pentru că aceasta este o experienţă agreabilă care îţi face foarte bine. Te vei relaxa cât mai profund şi toate sugestiile pe care ţi le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum până la 5 (se poate număra până la 10, 20 etc.) şi pe măsură ce număr te vei cufunda într-o stare de relaxare tot mai profundă, mai adâncă, mai plăcută. Când voi ajunge cu numărătoarea până la 5, vei fi profund relaxat, toropit, atât de toropit că atunci când îţi voi spune să revii, nu îţi vei mai reaminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 – relaxarea devine tot mai profundă din ce în ce mai profundă; 2 – relaxarea devine şi mai profundă şi mai adâncă, cu fiecare cuvânt spus de mine, cu fiecare expiraţie te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 – relaxare adâncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult; te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adâncă, foarte profundă, auzi doar vocea mea care parcă vine de undeva de departe; 4 – continuă să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ţi le dau sau ţi le voi da în viitor vor fi eficiente şi în avanatajul sănătăţii tale. Vei indeplini tot ceea ce îţi spun să îndeplineşti. Nu te teme de hipnoză pentru că îţi va face numai bine. Eşti convins că nu ţi se poate întâmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă îţi vorbesc, eşti tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de câte ori îţi voi spune să auzi, să vezi, sau să simti ceva, vei trăi experienţe vii, ca şi cum ar fi reale. Vei auzi, vei vedea şi vei simţi ca în realitate. Ori de câte ori îţi voi spune să simţi sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cerinţele mele pentru că sunt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ţi-o dau. Continuă să te relaxezi. Când voi ajunge cu numărătoarea la 5 vei fi foarte profund, foarte profund relaxat, adânc relaxat şi toropit; 5 – profund relaxat, adânc relaxat. Nu vei

reveni din relaxare decât atunci când îţi voi spune să revii sau dacă mi se întâmplă ceva mie, ori te ameninţă ceva. Altfel vei rămâne foarte relaxat, adânc relaxat şi vei face tot ceea ce îţi voi spune eu să faci. Când îţi voi spune să revii, nu-ţi vei mai aminti nimic decât de faptul că te-ai relaxat şi te-ai odihnit."

După adâncirea stării de relaxare hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă hipnoza. La subiecţii prea pasivi, cu tendinţă de a intra într-o stare letargică, trebuie avut în vedere că adâncirea transei să nu accentueze pasivitatea, somnul, ci tendinţa subiectului de a coopera cu terapeutul.

Adulţii au o teamă inconştientă de hipnoză, şi acest fapt îi împiedică să adâncească transa. Terapeutul trebuie să le furnizeze informaţii şi explicaţii suplimentare, să acorde o mare atenţie formulelor sugestive pentru a evita interpretarea lor eronată de către subiect. De asemenea, nu se reocmandă să folosească drept semnal de inducere a hipnozei un gest sau un cuvânt cu care subiectul se poate întâlni spontan în viaţa cotidiană. Multe efecte secundare ale hipnozei se datorează mai ales sugestiilor administrate greşit.

3.3. **Dehipnotizarea**

În cazul unui mare număr de subiecţi este suficient să comandăm pe un ton plăcut, dar ferm: „revino! Trezeşte-te!" sau „Când voi lovi cu degetele, vei fi pe deplin treaz, trezeşte-te!"

Pentru pacienţii aflaţi într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă gradat, ca în instructajul următor (Hartland, 1971):

„Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Când voi ajunge cu numărătoarea la 1, vei fi complet treaz, îţi vei reveni complet; te vei simţi bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun. 5 – vei reveni curând din relazare; 4 – revii încet la normal; 3 – revii tot mai mult; 2 – când voi ajunge la 1 vei reveni complet, te ve simţi foarte bine; 1 – ai revenit complet, eşti pe deplin treaz, ai mintea clară, limpede, eşti complet treaz, vioi, alert!".

Dacă subiectul se simte totuşi ameţit, nu se ţine bine pe picioare, are un aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta comandând

pe un ton ferm: „Eşti pe deplin treaz!" sau poate repeta procesul de dehipnotizare. În nici un caz terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece până când nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Se recomandă ca subiecţii care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsaţi să mai aştepte puţin într-o cameră, înainte de a pleca, terapeutul urmând să mai verifice o dată starea acestora. Există cazuri foarte rare când subiecţii pot acuza cefalee, confuzie, ameţeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales când pacienţii nu sunt de acord să îndeplinească sugestiile administrate de terapeut (de exemplu, în mod inconştient ei pot să nu dorească să se lase de fumat). Acest fenomen este interpretat ca o rezistenţă la psihoterapie. Dar în practică pot apărea şi alte tipuri de rezistenţe: starea hipnotică să se transforme într-o fugă sau comă isterică, sau într-o stare catatonică la un pacient psihotic; în aparenţă subiectul se trezeşte dar poate menţine în stare de veghe comportamentul de tip hipnotic; subiectul se trezeşte, apoi reintră spontan în transă. Toate aceste rezistenţe la revenire se pot datora fie unor erori de tehnică când, fără să-şi dea seama, terapeutul i-a sugerat să nu se trezească, dar pot apărea şi din alte cauze: existenţa unor sentimente de ostilitate faţă de terapeut, sugestii posthipnotice pe care subiectul nu vrea să le îndeplinească, existenţa unor tulburări în sfera personalităţii (nevoia de a fi dominat, de a se supune, de a evita un conflict, de a fugi de realitate).

Williams (cit. Hartland, 1971) afirmă că subiectul poate dori să testeze capacitatea terapeutului de a-l controla, sau că aceste rezistenţe la revenire pot fi expresia unor erori şi ambiguităţi de instructaj.

De regulă, aceste dificultăţi de revenire nu apar din prima şedinţă de hipnoză, ci atunci când subiectul află în ce fel transa poate să folosească scopurilor lui.

Pot exista diferite metode de rezolvare a acestor rezistenţe la revenire. O metodă frecvent folosită este interogarea subiectului aflat în hipnoză în legătură cu motivul refuzului sau. Răspunsul subiectului poate sugera terapeutului ce sugestii trebuie să administreze în astfel de situaţii.

Rosen (cit. Hartland, 1971) indică metoda scrisului automat, metoda privirii în bila de cristal sau cea a visului hipnotic ca soluţii pentru aceste situaţii. O altă metodă este ignorarea pacientului. Su-

biectului i se dau următoarele instrucţiuni: „Dacă nu doreşti să te trezeşti trebuie să te las aşa cum eşti!" Apoi, terapeutul ignoră subiectul şi se ocupă de alte probleme. De cele mai multe ori, subiectul trece în somn natural şi se trezeşte spontan. Terapeutul trebuie să-l observe pe subiect şi să-l lase să plece din cabinet numai atunci când acesta e complet treaz.

Williams (Hartland, 1971) este de părere că terapeutul trebuie să folosească acele metode care, după părerea subiectului îl pot trezi, să corecteze sugestiile ambigue date în inducţia hipnotică, să inducă o transă secundară, să sugereze experienţa care să ducă firesc la terminarea transei, să accepte unele condiţii stabilite de subiect pentru a coopera şi să folosească sofismele pentru a evita opoziţia subiectului. Folosirea mijloacelor fizice (a pălmuirii) nu este indicată decât în cazul stărilor extreme de tip isteric.

Pe lângă tehnica de inducţie expusă anterior, Hartland prezintă şi o altă tehnică de inducţie hipnotică rapidă. Subiectul stă în picioare în faţa terapeutului, iar acesta îi pune mâinile pe umeri şi fixează cu privire rădăcina nasului subiectului. Instructajul este următorul: „Uită-te în ochii mei şi imaginează-ţi că vei adormi repede. Imediat vei intra într-un somn adânc, profund, odihnitor. Continuă să te uiţi în ochii mei şi vei simţi o greutate care cuprinde tot corpul Corpul devine tot mai greu. Picioarele sunt grele, foarte grele. Braţele devin şi ele grele, foarte grele. Corpul este greu, tot mai greu, ca de plumb. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Te cuprinde o stare de toropeală, de somnolenţă. Te simţi obosit, corpul este greu, greu ca de plumb. Simţi nevoia să dormi. Pleoapele sunt atât de grele că nu poţi ţine ochii deschişi. Ochii se închid, se închid, nu poţi să-i mai ţii deschişi. Adormi, adormi. Ochii se închid, dormi, dormi, somn profund."

În utilizarea tehnicilor de inducţie terapeutul trebuie să ţină seama de următoarele recomandări:

1) dacă nu e necesară o transă profundă, o metodă de inducţie rapidă este adesea suficientă. Dacă însă e nevoie de o transă mai profundă, se recomandă utilizarea unei metode mai lungi, cu mai multe detalii; 2) metodele rapide fac impresie mult mai puternică asupra spectatorului; 3) uneori se poate eşua cu o metodă, dar se poate reuşi cu alta. De regulă, cu metode mai lungi se reuşeşte mai bine; 4) scopul

terapeutic scontat se obţine mai uşor prin utilizarea metodelor mai lungi pentru că acestea permit exercitarea unui control mai bun asupra pacientului.

3.4. Tehnici uzuale de inducţie hipnotică

- **Tehnică de inducţie elementară** (Hunter, 1988):

„Aşezaţi-vă într-o poziţie cât mai comodă. E bine aşa. Amintiţi-vă că vă puteţi oricând mişca, vă puteţi oricând schimba poziţia pentru a vă simţi cât mai comod. Asiguraţi-vă de faptul că aveţi spatele şi capul sprijinite. (Subiectului trebuie să i se dea asigurări că el deţine controlul asupra situaţiei; confortul fizic este important). Acum lăsaţi ochii dumneavoastră să găsească un obiect (punct) agreabil asupra căruia urmează să se concentreze. Continuaţi să priviţi un anumit timp obiectul respectiv. Treptat-treptat veţi constata că pleoapele au tendinţa de a deveni tot mai grele, din ce în ce mai grele, astfel încât ar fi foarte plăcut să închideţi ochii pentru câteva secunde. Deschideţi din nou ochii, apoi închideţi-i iar. Veţi constata că aveţi tendinţa de a clipi uşor. Acesta este un semnal că veţi avea acces la o zonă plăcută a minţii dumneavoastră, o zonă în care timpul îşi pierde semnificaţia şi în care puteţi percepe lucrurile într-un mod diferit. (Aceste sugestii sunt mai puţin anxiogene decât cele directe de închidere a ochilor. Dacă observaţi cu atenţie subiectul veţi constata tendinţa acestuia de a clipi. Atunci este momentul să menţionaţi acest lucru cu voce tare). Imaginaţi-vă acum că vă aflaţi într-un loc foarte plăcut, unde toate lucrurile sunt aşa cum ar trebui să fie. Introduceţi o semnificaţie personală a imageriei dirijate. Vă plasaţi cu ochii minţii în locul respectiv şi veţi constata că vă simţiţi din ce în ce mai bine, mai relaxat, mai liniştit, mai confortabil, încordarea va dispărea tot mai mult, din ce în ce mai mult. (Conştientizaţi ideea reducerii încordării mai ales la subiecţii care nu au experienţă în domeniul hipnozei). Imaginaţi-vă toate detaliile reveriei dumneavoastră interioare: ce vedeţi cu ochii minţii, ce auziţi cu urechile minţii, ce senzaţii percepeţi în corpul dumneavoastră. Dacă vă imaginaţi că sunteţi întins pe plaja mării, simţiţi soarele fierbinte, nisipul moale şi cald, simţiţi mişcările corpului dumneavoastră, atunci faceţi un semn cu capul. (Faceţi ca subiectul să diferenţieze experienţele *interne* de cele *externe*). Dacă vă imaginaţi că sunteţi în apa unui lac, simţiţi mişcările corpului care alunecă uşor în apă, simţiţi apa răcoroasă care vă atinge pielea, faceţi semnul de da, prin mişcarea capului. Căutaţi să descoperiţi ce anume simte corpul dumneavoastră în această situaţie. (Faceţi apel la toate modalităţile senzoriale: vizuală, auditivă, kinestezică, tactilă, olfactivă, gustativă, la senzaţiile de cald şi rece). Poate că în visul dumneavoastră în stare de veghe sunt lucruri pe care doriţi să le atingeţi, să le vedeţi, să le gustaţi sau să le mirosiţi. Puteţi simţi arome minunate care se asociază cu ceea ce vedeţi. Descoperiţi şi bucuraţi-vă de culori, observaţi dacă este cald sau răcoare, dacă mai există şi altă prezenţă în visul dumneavoastră. (Este bine să se sublinieze că orice om se lasă purtat de reverii diurne, şi acesta este un lucru plăcut şi odihnitor). Observaţi cu ochii minţii toate detaliile, culorile, sunetele şi bucuraţi-vă de imaginile pe care le-aţi creat. În timp ce vă imaginaţi aceste lucruri frumoase, mintea dumneavoastră interioară vă va purta spre o stare de hipnoză plăcută, odihnitoare, o stare care vă convine şi în care veţi putea realiza ceea ce v-aţi propus." (Se subliniază faptul că, indiferent ce face subiectul, este *bine*).

- **Tehnica inducţiei prin metoda imageriei vizuale** (Hunter, 1988)

„Staţi comod pe fotoliu, cu ochii închişi şi spatele sprijinit. Imaginaţi-vă un nor alb şi pufos care coboară din cer şi vine atât de aproape de dumneavoastră, încât vă puteţi urca pe el ca pe o saltea moale. (Nu uitaţi că unii subiecţi nu au capacitatea de imaginare vizuală. Pentru ei, o astfel de tehnică este mai curând frustrantă decât agreabilă.) Lasându-vă purtat de norul pufos veţi putea trăi experienţe plăcute în mintea dumneavoastră. (Subiectul este invitat să participe la experienţa psihologică.) Simţiţi moliciunea şi atingerea plăcută a norului care vă susţine, vă învăluie. Simţiţi cum începeţi să plutiţi tot mai sus, din ce în ce mai sus, în timp ce vă simţiţi protejat, apărat, în siguranţă. (Se adaugă elementele kinestezice celor vizuale. Este importantă accentuarea sentimentului de siguranţă.) Pe măsură ce norul

se ridică şi pluteşte tot mai sus, pe cerul albastru, observaţi cum o pasăre albă aterizează lângă nor şi vă priveşte cu ochi întrebători. Parcă ar vrea să vă spună: ,,nu vrei să te joci cu mine?" Apoi pasărea îşi întinde aripile şi zboară lin în jurul norului pe care plutiţi, lăsându-se în voia curentului plăcut de aer. Ea este liberă, complet liberă. (Terapeutul trebuie să se asigure de faptul că pacientul nu are fobia păsărilor). Norul dumneavoastră parcă ar vrea să urmeze pasărea albă şi vă întrebaţi oare încotro vă va purta ea. Plutiţi pe norul alb şi pufos, care alunecă lin şi liniştit. Puteţi vedea vârfurile copacilor, câmpiile verzi, lanurile galbene de grâu şi panglica argintie a unui râu care curge printre câmpii. Înaintea dumneavoastră se zăreşte arcul strălucitor al unui curcubeu. Şi pasărea albă care vă călăuzeşte l-a văzut şi zboară spre el. Pe măsură ce vă apropiaţi de curcubeul colorat, vă minunaţi tot mai mult de frumuseţea lui. Fiecare culoare este strălucitoare şi brodată cu argintiu. Culorile sunt minunate, strălucitoare, cele mai frumoase culori pe care le-aţi văzut vreodată. (Exerciţiul nu este recomandabil subiecţilor care nu pot vizualiza în culori).

Pasărea albă vă conduce spre o culoare roz delicată. Vă cufundaţi în ea şi aveţi impresia că atingeţi un nou nivel de conştientizare. (Sugestia ,,atingeţi un nou nivel de conştientizare" este utilă pentru producerea schimbării.) Norul pluteşte mai departe şi se cufundă în culoarea galben-portocalie. E culoarea care apare pe cer înainte de răsăritul soarelui. Culoarea aduce cu ea căldură, sănătate. Vă cufundaţi în culoarea galben-portocalie şi simţiţi cum procesul de vindecare începe să se desfăşoare în interiorul organismului. (Culoarea galben-portocalie sugerează promisiunea unui lucru bun care se va întâmpla. Soarele este adesea considerat simbolul vindecării. ,,Procesul de vindecare va începe" reprezintă o promisiune şi o parte a noului nivel de conştientizare.) Urmaţi în continuare pasărea albă care vă conduce spre culoarea verde, simbolul creşterii şi reînnoirii. (Se utilizează metafora creşterii şi schimbării.) Este o culoare minunată, o culoare a tuturor posibilităţilor, culoarea primăverii, a mugurilor care se desfac înainte de a începe o viaţă nouă. Verdele este culoarea pe care o aşteptăm, în zilele mohorâte de iarnă, culoare ce ne promite un nou început. (Se accentuează ideea unor noi promisiuni.) Plutiţi în continuare spre albastrul ceresc şi parcă păsării albe îi place mai mult această culoare, sau doar vi se pare. Culoarea albastră induce starea de linişte şi pace interioară, vă aduce răcoare şi confort. (Este simbolul acceptării). Treptat, culoarea albastră se preschimbă în purpuriul apusului de soare. Este timpul contemplării, revederii întregii voastre vieţi pentru a atinge un nou sens, un nou nivel de înţelegere a propriei persoane şi a Universului. (Revederea lucrurilor presupune *a vedea din nou*, presupune o nouă *perspectivă*). Pasărea albă zboară liber încoace şi încolo printre culorile curcubeului şi parcă vă cheamă spunându-vă: ,,şi dumneavoastră puteţi fi o parte a întregului Univers." (Se sugerează ideea că subiectul nu e singur.) (Se păstrează tăcere pentru un timp).

Acum a sosit timpul să vă reîntoarceţi acasă, să călătoriţi pe norul alb şi pufos la locul de unde aţi plecat. Pasărea albă vă urmează în călătorie, zburând în jurul norului dumneavoastră şi invitându-vă să continuaţi jocul. Ştiţi însă că a venit timpul ca jocul să se sfârşească pentru un timp. Acum norul vă va purta în deplină siguranţă până acasă şi vă va aşeza în fotoliul preferat. Veţi reintra în corpul dumneavoastră ştiind că veţi putea urma din nou pasărea albă în altă zi." (Se oferă perspectiva unor noi posibilităţi.)

Această tehnică de inducţie a fost publicată pentru prima dată în manualul Asociaţiei de Hipnoză Clinică, editat de Corydon Hammond în 1988.

- **Tehnica fixării privirii** (Hunter, 1988)

,,Aşezaţi-vă confortabil în fotoliu cu pricioarele sprijinite de podea. E bine aşa. Aveţi vreo întrebare înainte de a începe? Nu? Bine! (Se oferă subiectului posibilitatea să participe.) Acum priviţi degetul meu arătător pe care îl voi apropia treptat de fruntea dumneavoastră. (Experimentatorul ţine mâna dreaptă la aproximativ 30 cm de fruntea subiectului, cu degetul arătător uşor flectat. Palma deschisă sau pumnul pot apărea oarecum ameninţătoare pentru unii subiecţi.) Dacă veţi fixa un timp suficient de lung degetul meu sau orice alt obiect, ochii dumneavoastră vor obosi treptat şi veţi avea tendinţa de a-i închide. (Aduceţi arătătorul uşor flectat în dreptul punctului dintre sprâncenele subiectului). Nu este nimic misterios în asta, doar că atunci când acest

lucru se va întâmpla, acesta va fi un semnal pentru dumneavoastră şi pentru mine că sunteţi gata să intraţi până la un anumit nivel de hipnoză, atât cât este confortabil şi potrivit pentru dumneavoastră astăzi. (Se stabileşte cu subiectul un *contract* implicit. Continuaţi să priviţi degetul meu – e bine aşa – şi observaţi că ochii încep să se umezească uşor şi foarte curând veţi simţi nevoia să clipiţi... (În această etapă, ochii se umezesc şi subiectul are tendinţa de a clipi. Dacă se închid ochii, contractul este acceptat). E bine aşa – lăsaţi acum ochii să se închidă uşor şi imaginaţi-vă că vă alfaţi într-un loc foarte plăcut, unde totul este aşa cum ar trebui să fie, un loc pe care l-aţi ales anume pentru dumneavoastră". (Locul ales are o semnificaţie personală). Uşorul tremor al pleoapelor este probabil cel mai obişnuit fenomen care apare atunci când cineva intră în hipnoză. Aceasta se întâmplă datorită poziţiei în care ochii se odihnesc atunci când intrăm în hipnoză. (Confirmarea faptului că subiectul se află în transă). Mai târziu, atunci când veţi învăţa autohipnoza, veţi utiliza tremorul pleoapelor ca semnal că sunteţi gata să intraţi într-o stare foarte plăcută şi odihnitoare. (Se subliniază faptul că „aceasta este instrumentul dumneavoastră". Indiferent ce se întâmplă, este bine că se întâmplă.) Acum, se poate trece la programul terapeutic propriu-zis.

Variaţii ale tehnicii:

1. Subiectul fixează vârful unui creion pe care îl ţine în mână.
2. Se poate cere subiectului să fixeze cu privirea un punct de pe peretele opus.
3. Unii terapeuţi recomandă fixarea flacării unei lumânări sau a unui beculeţ cu lumină slabă.

3.5. **Tehnici avansate de inducţie**

• Metoda levitaţiei braţului

Metoda a fost utilizată prima dată de Milton Erickson, dar cea mai bună descriere a acesteia îi aparţine lui Wolberg. Subiectul este aşezat în poziţie cât mai comodă, pe un scaun, şi primeşte următoarele instrucţiuni: „Doresc să stai comod pe scaun şi să te relaxezi. Pune

braţele pe coapse, cu palmele în jos. Observă cu atenţie braţele. Stai liniştit şi relaxat. Vei constata că se petrec anumite lucruri cu braţele şi cu palmele tale. Aceste lucruri se petrec întotdeauna când eşti relaxat, dar de regulă nu le dai atenţie. Te rog să te concentrezi asupra palmelor tale, asupra tuturor senzaţiilor ce apar la acest nivel. Vei simţi poate greutate în palme sau presiune, vei simţi materialul din care sunt făcuţi pantalonii (sau fusta) ori vei simţi căldură sau mici furnicături în degete. Indiferent despre ce fel de senzaţii e vorba, doresc să le observi cu atenţie. Atenţia ta poate să fluctueze, să se abată de la palme, dar readu-o cu calm înapoi la palme. Continuă să te concentrezi asupra palmelor întrebându-te când va începe mişcarea din ele (când terapeutul observă mişcarea unuia din degetele subiectului, el menţionează acest lucru şi afirmă că mişcarea se va intensifica probabil. E interesant de văzut care din degetele tale se mişcă mai întâi. Poate fi degetul mijlociu sau arătătorul, sau inelarul etc. Unul dintre degete începe să zvâcească, să se mişte. Nu ştii încă ce deget se va mişca mai întâi. Continuă să-ţi concentrezi întreaga atenţie asupra degetelor. Vei constata o mişcare uşoară în degetul arătător al mâinii drepte. De îndată ce a început mişcarea, vei observa ceva interesant. Foarte încet, degetele se vor îndepărta unele de altele, spaţiul dintre ele va deveni din ce în ce mai mare. Degetele se vor îndepărta tot mai mult unele de altele. Se vor depărta unele de altele tot mai mult. (Aceasta este prima sugestie adevărată la care ne aşteptăm să răspundă subiectul.) Pe măsură ce degetele se depărtează, vei observa că ele au tendinţa de a se arcui, de a se ridica. Observă cum arătătorul mâinii drepte se arcuieşte, tinde să se ridice. În acest moment şi celelalte degete tind să-l urmeze, să se arcuiască, să se ridice, să se ridice. Pe măsură ce degetele tind să se ridice, devii tot mai conştient de faptul că palma ar fi trasă în sus de un balon, tot mai sus, din ce în ce mai sus. Palma dreaptă e uşoară ca un fulg şi tinde să se ridice tot mai mult. Pe măsură ce palma se ridică, tot braţul se ridică tot mai mult, din ce în ce mai sus. Pe măsură ce priveşti palma şi braţul care se ridică tot mai mult, observi că devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Ochii devin tot mai obosiţi, din ce în ce mai obosiţi. Pe măsură ce braţele se ridică, devii tot mai relaxat, tot mai toropit, mai somnolent. Pleoapele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tind să se

închidă. Voi număra acum de la 1 la 10 şi cu fiecare număr braţul tău se va ridica mai mult, tu te vei simţi tot mai relaxat, tot mai toropit, vei simţi nevoia să închizi ochii şi să te laşi în voia relaxării plăcute, odihnitoare. 1 – braţul se ridică uşor, atras ca de o forţă, braţul se ridică tot mai mult, sus, tot mai sus. Devii tot mai relaxat, tot mai toropit, pleoapele devin grele, foarte grele. Respiraţia devine rară, tot mai rară, regulată. Inspiră şi expiră adânc. 2 – braţul se ridică tot mai mult şi se apropie de faţa ta. Te simţi tot mai relaxat, tot mai toropit. 3-4 – pe măsură ce braţul se apropie de faţa ta, intri într-o de relaxare adâncă, tot mai adâncă, din ce în ce mai mult, până când va atinge faţa, iar tu devii tot mai toropit, din ce în ce mai toropit, dar nu trebuie să adormi înainte ca mâna să atingă obrazul. Când palma a atins obrazul vei adormi, vei adormi. 7 – braţul îşi schimbă direcţia şi se ridică tot mai mult, tot mai mult, îndreptându-se spre faţa ta. Pleoapele devin grele, foarte grele. Devii tot mai toropit, tot mai toropit, tot mai somnolent. Pleoapele devin grele, tot mai grele şi palma se ridică tot mai mult, îndreptându-se spre faţă. Te simţi obosit şi toropit, ochii se închid, se închid. 8 – când palma va atinge faţa, vei adormi, vei adormi profund. Devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat. Pleoapele sunt grele, grele ca plumbul şi braţul se ridică tot mai mult, tot mai sus, tot mai sus. 9 – când braţul atinge faţa vei adormi adânc. (Dacă palma subiectului atinge faţa.) 10 – dormi, dormi, dormi adânc. Te simţi relaxat şi toropit, te gândeşti numai la somn şi relaxare. Relaxare profundă, profundă, ca un somn adânc."

Se observă că este mult mai bine dacă tehnica levitaţiei braţului se combină cu tehnica numărării pentru că levitaţia este o metodă dificilă la care subiecţii reacţionează mai puţin şi reprezintă o modalitate de abordare la care pot recurge doar terapeuţii experimentaţi.

- **Tehnica de inducţie indirectă a hipnozei** (Milton Erickson)

Această tehnică de inducţie indirectă se poate aplica fără acordul pacientului. Se discută cu o persoană care este dispusă să coopereze, apoi i se cere subiectului să asiste la o şedinţă de hipnoză a persoanei înţelese cu terapeutul. Se dau sugestii pentru persoana înţeleasă cu terapeutul, dar aceste sugestii se adresează de fapt subiectului. Este

indicat ca cele două persoane (pacientul şi martorul) să fie apropiate sub aspectul vârstei, pregătirii, sexului şi să aibă o aşezare spaţială în poziţii simetrice. Datorită acestor aspecte şi contagiunii afective există posibilitatea ca subiectul să intre automat în hipnoză.

3.6. **Metode de reducere a rezistenţelor**

Hunter (1988) sublinia faptul că rezistenţele reprezintă un fenomen perfect normal care se manifestă la aproape orice subiect normal care nu a mai practicat hipnoza, dar care poate apărea uneori şi la subiecţii cu experienţă în domeniu, atunci când aceştia sunt confruntaţi cu experienţe psihologice inedite care pot avea loc în stare de hipnoză. Rezistenţele nu sunt altceva decât expresia unor mecanisme de apărare de natură subconştientă.

Primul pas în direcţia înlăturării rezistenţelor constă în lămurirea unui subiect lipsit de experienţă că aceste fenomene sunt normale şi adesea dezirabile. Este, de asemenea, indicat să se administreze subiectului sugestii pozitive de tipul: „Îmi dau seama că eşti motivat, şi acesta este cel mai important lucru pentru ca hipnoza să-ţi reuşească."

Există subiecţi care vor spune terapeutului pe un ton agresiv: „Nu mă voi relaxa niciodată!" În astfel de cazuri se comandă rapid: „Te rog să nu te relaxezi!" Încearcă doar să asculţi vocea mea şi să te laşi purtat de ea. Faci parte din acea categorie de persoane care obţin maximum de profit atunci când ascultă cu atenţie şi se concentrează asupra a ceea ce spun.

Trebuie subliniat faptul că subconştientul interepretează invers afirmaţiile cu caracter negativ. Astfel, afirmaţia: „vă rog să Nu..." va fi interpretată sub forma „vă rog Să..."

Pentru subiecţii care au tendinţa de a rămâne cu ochii deschişi este bine să se spună: „O, dumneavoastră faceţi parte dintre acei subiecţi care preferă să rămână cu ochii deschişi atunci când intră în hipnoză." Ca urmare a unei afirmaţie de acest tip, subiectul va închide imediat ochii.

Terapeutul trebuie să piardă un anumit timp pentru a afla care sunt preferinţele subiectului, spre a conduce corect procesul imaginaţiei di-

rijate. Este indicat ca acesta să cunoască ce anume nu îi place subiectului, eventualele sale fobii. Evident că un subiect care se teme de apă va rezista sugestiilor de a înota în plan imaginar. În acelaşi timp este important să fie cunoscute experienţele anterioare legate de hipnoză, mai ales cele care se referă la hipnoza de estradă. Acestuia trebuie să i se dea asigurări că hipnoza clinică se deosebeşte foarte mult de cea de estradă, şi că terapeutul îşi cunoaşte bine meseria.

Se spune în mod repetat de mai multe ori faptul că, indiferent ce anume se întâmplă, este bine ceea ce se întâmplă. În acelaşi timp e de dorit să se precizeze faptul că majoritatea subiecţilor intră la început într-o stare de transă uşoară şi că aceştia vor învăţa să intre într-o hipnoză mai profundă abia atunci când se vor familiariza cu tehnica.

În cazul în care subiectul dumneavoastră se dovedeşte excesiv de rezistent este indicată aplicarea unei tehnici disociative după modelul: „Te rog fă să intre în hipnoză doar subconştientul tău şi menţine conştientul treaz."

Reamintiţi-vă faptul că cea mai bună tehnică de intrare în hipnoză este aceea prin care *învăţăm* subiectul să intre în această stare şi nu-i ordonăm s-o facă împotriva voinţe sale. Această afirmaţie se bazează pe tendinţa firească a oamenilor de a se opune oricărei presiuni şi de a proceda invers decât li se cere. Din acest motiv este bine să se utilizeze o voce blândă şi caldă, chiar dacă ea ascunde o comandă deghizată sub forma unei invitaţii. Este bine să se utilizeze expresii de tipul: „lasă să se întâmple", „va fi interesant să observi că..."

Asemenea afirmaţii asigură subiectul că decizia de a-şi explora propriile stări psoibile sau de a intra într-o stare de hipnoză mai profundă îi aparţine lui însuşi. Trebuie lăsată impresia că experimentatorul nu are decât sarcina de a ghida, nu de a presa sau de a impune ceva.

Sub nici o formă experimentatorul nu trebuie să blameze subiectul prin vorbe sau gesturi pentru că nu obţine o experienţă satisfăcătoare în domeniul hipnozei.

Pentru succesul terapiei trebuie repetat permanent: „e bine ceea ce se întâmplă şi este exact lucrul potrivit care trebuie să vi se întâmple acum."

Capitolul 4

HIPNOTERAPIA

Hinoterapia poate să îmbrace trei forme: a) terapie centrată pe simptom (are ca obiectiv eliminarea simptomului; b) psihoterapie analitică – hipnoanaliză (combinaţie a hipnozei cu psihanaliza); c) sisteme de psihoterapie în care hipnoza se combină cu foarte multe thnici de psihoterapie scurtă de orientare comportamentală şi experienţală. În plus, hipnoza poate fi aplicată şi în susţinerea oricărui pacient cu afecţiuni organice, fiind utilă în reducerea anxietăţii. Se consideră exagerată ideea că înlăturarea simptomului determină o subtituţie de simptom, dar trebuie avut în vedere că cu cât nevoia pacientului de a avea simptomul este mai mare (este vorba de un mecanism de apărare al egoului), cu atât mai rezistent va fi pacientul la psihoterapie. Deci, pacientul trebuie învăţat să facă faţă simptomului său şi să nu recidiveze sub acţiunea unui nou stres.

Hartland (1971) este de părere ca la începutul oricărei psihoterapii, terapeutul trebuie să obţină informaţii de la pacient conform unei scheme de anamneză. Această schemă cuprinde următoarele categorii de informaţii:

a. Istoricul bolii – se urmăresc informaţiile legate de debutul, durata bolii, detalii referitoare la tratamentul urmat.

b. Istoria familială – descrierea părinţilor, a fraţilor, a modelului de relaţii familiale actuale şi trecute, a atitudinilor din familie.

c. Copilăria – sunt interesante informaţiile referitoare la bolile copilăriei, o atenţie specială fiind acordată episoadelor de enurezis sau somnambulism. Se cer informaţii despre situaţia şcolară referitoare la integrarea în diverse şcoli urmate, reacţiile faţă de ceilalţi copii, faţă de succes şi eşec etc.

d. Istoria ocupaţională – cuprinde informaţiile referitoare la realizările şcolare, locurile de muncă, motivele schimbării locului de muncă, reacţiile faţă de mediu, colegi etc.

e. Probleme psihosexuale – este vorba de informaţiile date în legătură cu cunoştinţele dobândite în copilărie despre problemele sexuale, în legătură cu deprinderile rele (de exemplu, masturbaţie), dacă aceste deprinderi persistă la vârsta adultă, dacă au survenit probleme emoţionale actuale şi trecute, care au fost relaţiile cu partenerul, dacă au existat dificultăţi maritale, plus informaţiile legate de statutul financiar.

f. Antecedente patologice – se cer informaţii referitoare la boli, operaţii, accidente, tratamente de urmă, menstră, sarcini şi avorturi.

g. Antecedente heredocolaterale – este vorba de eventualele psihoze, nevroze, epilepsii la rude apropiate.

h. Starea psihică actuală – informaţii referitoare la simptomul dominant la care se adaugă informaţii legate de prezenţa sau absenţa depresiei, anxietăţii, fobiilor, insomniei, tulburărilor mnezice şi prosexice, a ideilor suicidare, a temerii de boli psihice.

i. Informaţii referitoare la cunoştinţele pacientului despre hipnoză şi la expectaţiile lui legate de aceasta.

După realizarea schemei de anamneză, lucrul cu pacientul este mult mai uşor, simptomul fiind înlăturat mult mai uşor dacă i se dau subiectului şi sugestii de întărire a eului, de reducere a anxietăţii şi de creştere a încrederii în sine.

În general, oamenii au două reacţii psihice la boală. O primă categorie este reprezentată de reacţiile directe: anxietate, teamă, tensiune, agitaţie, dispoziţie depresivă. În cea de-a doua categorie intră reacţiile-consecinţe ale unor tulburări din sfera personalităţii: lipsă de încredere în sine, dependenţă, dezadaptare, instabilitate psihică. Având în vedere aceste fapte se impune ca un principiu important al terapiei combinarea sugestiilor de întărire a eului cu sugestiile terapeutice propriu-zise centrate pe simptom. Deşi profunzimea transei nu contează, totuşi se observă că cu cât este mai adâncă, cu atât creşte eficienţa tratamentului.

Prezentăm spre exemplificare modelul de sugestii utilizate pentru întărirea eului elaborat de Hartland în 1971:

„Eşti atât de destins, de relaxat, atât de profund relaxat, încât mintea ta devine tot mai receptivă la ceea ce îţi voi spune. Tot ceea ce îţi voi spune va pătrunde adânc în subconştientul tău, se va întipări acolo şi va lăsa o urmă adâncă pe care nimeni nu o va putea şterge.

Ceea ce se va întipări în subconştientul tău va avea o mare influenţă asupra modului în care gândeşti, simţi şi acţionezi. Aceste idei pe care ţi le sugerez şi care se vor întipări în subconştientul tău vor continua să influenţeze gândurile, sentimentele şi modul tău de a acţiona şi atunci când nu eşti cu mine, când eşti acasă, la serviciu sau în altă parte. Aceste gânduri vor acţiona tot atât de puternic ca şi aici. Eşti profund relaxat şi tot ceea ce îţi spun se va întâmpla spre binele tău, în avantajul tău. În cursul acestei relaxări te vei simţi tot mai puternic, tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine. Te vei simţi tot mai vioi, tot mai alert, mai energic, mai puţin obosit, tot mai puţin descurajat, tot mai puţin depresiv. Cu fiecare zi ce trece vei deveni tot mai interesat de ceea ce se întâmplă în jur, astfel încât mintea ta va fi distrasă de la propria persoană şi de la problemele care te frământă. Te vei gândi tot mai puţin la tine însuţi, la dificultăţile tale, vei fi tot mai puţin preocupat de propriile trăiri, vei deveni tot mai puţin îngrijorat, tot mai puţin agitat, tot mai puţin anxios, tot mai puţin deprimat, vei fi capabil să gândeşti clar, să te concentrezi tot mai bine. Îţi vei concentra tot mai mult atenţia asupra a ceea ce faci, iar memoria ta se va îmbunătăţi. Vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală fără a le permite să ia proporţii. De la o zi la alta vei deveni tot mai relaxat, te vei enerva tot mai puţin. Cu fiecare zi ce trece vei deveni şi vei rămâne tot mai relaxat, tot mai puţin încordat atât fizic, cât şi psihic. Devii şi rămâi tot mai relaxat, tot mai puţin încordat atât fizic, cât şi psihic. Tot mai încrezător în tine, în posibilităţile tale de a duce la bun sfârşit ceea ce ai de făcut. Vei avea tot mai multă încredere în forţele proprii, fără anxietate, fară încordare, fără teama de a greşi. Zi după zi te vei simţi tot mai independent, tot mai stăpân pe tine, vei putea să stai pe propriile picioare, vei fi indepedent, încrezător în forţele proprii, vei putea face faţă cu bine oricărei dificultăţi. Zi după zi te vei simţi tot mai bine, tot mai încrezător în forţele proprii, cu un sentiment de bunăstare şi siguranţă personală. Cu fiecare şedinţă de relaxare te vei simţi tot mai fericit, tot mai încrezător, tot mai mulţumit, tot mai optimist. Vei fi tot mai capabil să te bazezi pe tine însuţi, să-ţi susţii părerile, judecăţile, opiniile, să stai pe propriile tale picioare. Vei simţi tot mai puţin nevoie să te bazezi pe alţi oameni, să depinzi de altcineva."

După încheierea acestui instructaj conţinând sugestii de întărire a eului se poate trece la administrarea sugestiilor pentru înlăturarea simptomului.

Sugestiile specifice adresate simptomului sunt elaborate după parcurgerea unor fraze: 1) terapeutul trebuie să mărească motivaţia subiectului pentru tratament înainte de începerea tratamentului. El trebuie să discute cu subiectul simptomul în detaliu şi să accentueze ideea că simptomul este neconvenabil, perturbator, iar existenţa subiectului ar fi mult mai plăcută fără el; 2) în cea de-a doua fază i se explică subiectului cum îl poate ajuta hipnoza să scape de acel simptom, terapeutul trebuind să fie cât mai convingător în afirmaţiile sale.

4.1. **Producerea analgeziei prin hipnoză**

Analgezia se produce în mod diferit de la un subiect la altul în funcţie de profunzimea hipnozei şi de pragul individual al durerii. Este foarte important ca terapeutul să ofere subiectului şi o motivaţie logică pentru dispariţia durerii. Atât în stare de veghe, cât şi în hipnoză, terapeutul trebuie să-i dea subiectului următoarea explicaţie: „De cele mai multe ori, durerea este produsă şi agravată de supraîncordare. Deci, cu cât te relaxezi mai mult, cu atât devii mai destins, mai puţin tensionat, cu atât te simţi mai bine. Cu cât devine mai profundă relaxarea, cu atât durerea devine tot mai suportabilă, descreşte tot mai mult. Te simţi tot mai relaxat, din ce în ce mai relaxat. Cu cât te simţi mai profund relaxat, cu atât durerea scade, scade tot mai mult până când dispare complet.

O altă tehnică pentru combaterea durerilor o constituie tehnica substituţiei de simptom: se sugerează pacientului o altă senzaţie care se substituie celei dureroase: amorţeală, răceală, căldură. O altă variantă a tehnicii substituţiei este mutarea durerii dintr-o zonă în alta a corpului sau tehnica amânării durerii.

Spre exemplificare prezentăm un model de înlăturare sugestivă a durerii prin sugerarea senzaţiei de căldură în zona afectată: „Când îţi voi atinge fruntea vei simţi o senzaţie de căldură care cuprinde fruntea, faţa, gâtul. Senzaţia de clădură se amplifică o dată cu fiecare atingere

a mâinii. Imediat ce vei simţi această senzaţie de căldură ridică braţul drept. Bine, acum lasă braţul jos şi continuă (dacă pacientul a ridicat braţul). Cu cât se amplifică această senzaţie de căldură o dată cu fiecare atingere simţi cum capul tău devine tot mai destins, mai relaxat. Te simţi tot mai bine. Pe măsură ce căldura se amplifică, durerea scade mult, tot mai mult, până dispare total. Îţi vei simţi capul uşor, tot mai uşor şi eliberat de durere. De îndată ce vei simţi o uşoară căldură în zona capului, durerea va dispare. Voi număra de la 7 la 1. Te vei simţi tot mai relaxat, te vei trezi cu capul limpede, fără cel mai mic semn de durere sau de disconfort.

Există unele afecţiuni, mai ales cele dermatologice, unde este indicat să se sugereze senzaţia de rece, mai ales dacă iritarea, pruritul deranjează foarte mult.

Marlene Hunter (1988) sintetizează principalele tehnici de combatere a durerii, astfel:

- Una din tehnicile de combatere a durerii constă în utilizarea relaxării pentru că musculatura încordată creează o senzaţie de disconfort fizic. Orice durere, indiferent de originea ei, implică şi o anumită încordare musculată. (*Eliberarea* de durere este mai indicată decât *controlul* durerii pentru că acesta din urmă presupune existenţa durerii pe care subiectul o controlează. Prin relaxarea musculară se elimină acea componentă a durerii care se datorează încordării şi este *încurajator să ştim* că totdeauna putem face ceva pentru a obţine o anumită uşurare. A fi capabil să întreprinzi ceva este mai bine decât a fi neajutorat.)
- O altă tehnică sau grup de tehnici de combatere a durerii se referă la utilizarea metodei *disocierii*, care constă în distanţarea (detaşarea) subiectului de durere. Subiecţii cu imaginaţie bogată au găsit multe soluţii pentru a se detaşa: ne putem imagina că luăm durerea şi o aşezăm undeva într-un raft sau că lăsăm partea corpului care ne doare să stea în pat sau în fotoliu, în timp ce restul persoanei noastre îşi vede de treabă; alţi oameni îşi imaginează că aşază un material izolator între corp şi durere; cea mai eficientă tehnică o constituie observarea durerii de undeva din afară, de la o anumită distanţă. În această situaţie durerea face mai puţin parte din noi, ea pătrunzând mai puţin în conştiinţă.

• O categorie importantă de tehnici de combatere a durerii sunt tehnicile substitutive:

a) Se pot substitui durerii alte tipuri de senzaţii cum ar fi: căldură, amorţeală, presiune etc.

b) Se poate comuta durerea dintr-o parte în alta a corpului. Astfel, ne putem imagina că mutăm durerea din interiorul organismului undeva la suprafaţă, unde putem masa zona respectivă. Dacă aveţi o durere de cap care vă împiedică să terminaţi o lucrare, vă puteţi imagina că mutaţi durerea respectivă în altă zonă a corpului până când terminaţi lucrarea.

c) Se poate substitui perioada în care subiectul simte durerea. Mulţi oameni aplică spontan această tehnică. Unii sportivi care se accidentează în timpul unei competiţii, adesea nici nu-şi dau seama că s-au accidentat până când nu se termină competiţia. O mamă e capabilă să ignore propria durere până când copilul se află în siguranţă.

O astfel de tehnică poate fi utilizată în mod deliberat. Astfel, dacă ne spunem: „Nu am timp acum pentru durerea asta de cap" s-ar putea să constatăm cu surprindere că durerea de cap chiar a dispărut.

• Eficiente s-au dovedit şi tehnicile care constau în modificarea *imaginii* durerii.

Durerea poate avea o imagine; e posibil ca, în imaginaţia subiectului, aceasta să aibă mărime, formă, culoare, densitate, temperatură etc. (Se face apel la imaginaţia subiectului.) În primul rând, subiectul trebuie să conştientizeze imaginea respectivă a durerii, cu toate detaliile şi apoi s-o facă mai suportabilă. Astfel, roşul aprins se poate transforma în roz palid, căldura în senzaţie de rece, iar furia într-un sentiment de seninătate. Când se modifică imaginea durerii, însăşi durerea se schimbă.

Cea mai simplă tehnică este aceea potrivit căreia se modifică, pe rând, câte o caracteristică a imaginii durerii (tehnică N.L.P.): Transformaţi întâi culoarea, apoi temperatura, apoi starea afectivă care însoţeşte durerea.

• Respiraţia controlată este o tehnică extrem de simplă care constă în aceea că subiectul, în stare de relaxare musculară, îşi imaginează că acumulează o senzaţie de confort, dintr-o parte a corpului care se

simte bine, în timpul unei inspiraţii, şi o trimite în zona dureroasă în timpul unei expiraţii.

Copii utilizează adesea tehnica cutiei cu butoane. Astfel, ei îşi pot imagina că au în cap o cutie cu butoane de scoatere din funcţiune, prin manevrarea cărora pot deconecta diverse părţi ale corpului în care nu mai simt durerea.

• Hipnoza şi controlul respiraţiei (Hunter, 1988)

Pentru a creşte eficienţa hipnozei, putem folosi o tehnică respiratorie în foarte multe feluri. Astfel, se poate utiliza respiraţia pentru a transfera senzaţiile de confort dintr-o zonă a corpului care se simte mai bine într-o altă zonă care are nevoie să se calmeze. Se procedează în felul următor:

Se acumulează senzaţia de confort (imaginată ca o energie) pe inspiraţie prin imaginarea unui proces de absorbţie şi apoi se trimite energia respectivă în zona unde este nevoie de ea pe expiraţie.

Respiraţi în ritm personal, inspirând senzaţia de confort şi trimiţând această senzaţie în acea parte a corpului care are nevoie de ea pe expiraţie.

Tot pe expiraţie, imaginaţi-vă că alungaţi senzaţiile de disconfort şi tensiune.

Tehnica este foarte simplă şi se poate aplica atât în stare de hipnoză, cât şi în stare de veghe.

4.2. **Hipnoterapia şi naşterea fără dureri**

Hunter (1988) recomandă pacientei următorul instructaj:

„De multe săptămâni vă pregătiţi pentru naşterea copilului dumneavoastră. Acum a sosit momentul ca el să vină pe lume. Probabil, procesul de dilatare a început, iar contracţiile devin mai frecvente şi durează mai mult. Este o perioadă când trebuie să vă bucuraţi şi din această bucurie veţi extrage energia necesară pentru procesul naşterii.

A avea un copil este o experienţă minunată. Pentru a-l aduce pe lume e nevoie de un mare consum de energie.

Vă amintiţi din cursul şedinţelor trecute de hipnoză că procesul naşterii are loc în trei faze.

În prima fază se produce dilatarea zonei cervicale.

Când înţelegeţi modul în care se produc contracţiile, veţi fi capabilă să vă adaptaţi mai bine organismul acestui proces.

Amintiţi-vă faptul că organismul dumneavoastră ştie exact ce are de făcut în cursul acestui proces fascinant de aducere pe lume a unei fiinţe; stă în puterea dumneavoastră ca acest proces să se desfăşoare mai eficient dacă vă veţi detaşa de fiecare dată când se produce o contracţie, astfel încât organismul să-şi facă singur treaba. (Combaterea durerii prin mecanisme disociative.)

Începutul fiecărei contracţii trebuie să devină pentru dumneavoastră semnalul de declanşarea procesului de detaşare. Corpul şi subconştientul dumneavoastră va recunoaşte acest semnal înainte de conştientizarea lui.

Pentru a fixa acest mecanism, voi pune mâna pe abdomenul dumneavoastră pentru a simboliza producerea contracţiei. Când simtiţi că fac acest lucru detaşaţi-vă, imaginaţi-vă că mergeţi tot mai departe. Atunci când mâna mea se ridică, reveniţi în corpul dumneavoastră.

Puteţi să intraţi în hipnoză o dată cu fiecare contracţie şi să reveniţi din hipnoză în perioada dintre contracţii *sau* puteţi decide să rămâneţi permanent în stare de hipnoză şi s-o adânciţi o dată cu fiecare contracţie.

Utilizaţi începutul fiecărei contracţii ca *semnal* pentru a intra în hipnoză sau pentru a adânci hipnoza şi pentru a vă distanţa de ceea ce se petrece, lăsând corpul să-şi facă datoria. Este ca şi cum v-aţi privi din afară, fiind foarte interesată de ceea ce se petrece în corpul dumneavoastră: zona cervicală se deschide tot mai mult, contracţiile devenind tot mai puternice.

Uterul are o musculatură foarte puternică şi corpul dumneavoastră are nevoie de această forţă. Uterul lucrează din greu în procesul naşterii. Lăsaţi această energie să vă ajute să avansaţi în procesul naşterii şi reacţionaţi din ce în ce mai eficient.

La toate femeile care se află la prima naştere, zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Desigur, fiecare organism reacţionează altfel, fiecare făt este diferit şi fiecare travaliu este destinat să fie potrivit unor împrejurări specifice, dar, în general, la primipare zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Ea va fi complet

deschisă când s-a ajuns la 10 cm. Acum uterul va acţiona pentru a împinge fătul să iasă la lumină. Acum aveţi nevoie de o energie suplimentară, energie ce izvorăşte din bucuria dumneavoastră de a da naştere unei fiinţe omeneşti. Corpul dumneavoastră îşi îndeplineşte misiunea din ce în ce mai bine atunci când sunteţi detaşată şi vă situaţi undeva în afara corpului.

Concentraţi-vă atenţia şi plasaţi-vă în afara corpului la fiecare contracţie până când v-aţi dilatat complet. Medicul sau asistenta medicală vă va spune când v-aţi dilatat la maximum. Vă aflaţi acum în stadiul al doilea. Acum, fiecare contracţie are drept scop să împingă copilul pe canal până când va fi expulzat. Acum veţi avea o altă misiune. Acum, de fiecare dată când simţiţi că începe o contracţie, intraţi în propriul corp şi participaţi la procesul de împingere. Recurgeţi la toată forţa şi energia de care dispuneţi pentru a ajuta contracţia, bucuraţi-vă că sunteţi o parte a acestei forţe care împinge fătul la lumină. Intraţi în corp şi fiţi o parte a forţei de împingere.

Apoi, după încheierea fiecărei contracţii, relaxaţi-vă. Acumulaţi forţă şi energie în timp ce vă pregătiţi pentru o nouă contracţie. Aveţi toată forţa şi energia necesară. În perioada dintre contracţii odihniţi-vă şi refaceţi-vă forţele şi atunci când se declanşează semnalul (începe contracţia), reintraţi în corp şi adăugaţi forţă şi energie noii contracţii.

Acum copilul a coborât tot mai mult şi este gata să se nască. Ascultaţi cu atenţie ce vă spune medicul sau sora medicală, dar ascultaţi în acelaşi timp glasul conştientului şi subconştientului dumneavoastră. Toate aceste informaţii vă vor fi utile în finalizarea travaliului.

Iată, iese acum capul copilului. Nu mai împingeţi acum; lăsaţi capul copilului să iasă încet la lumină. Faceţi acum apel la tehnica respiratorie. Inspiraţi lent şi calm spre sfârşitul contracţiei.

Poate priviţi într-o oglindă şi dacă lucrurile stau aşa puteţi vedea capul copilului. Asistenta medicală şterge faţa copilului. Acum realizaţi o nouă contracţie în care depuneţi toată energia, pentru ca umerii şi trupul copilului să iasă la lumină. Iată, copilul dumnevoastră s-a născut. Luaţi în braţe copilul, atingeţi-l, priviţi-l, simţiţi-l, auziţi-l. Recurgeţi la toate simţurile pentru a face cunoştinţă cu copilul dumneavoastră care a sosit pe lume. Şi copilul va face cunoştinţă cu dumneavoastră pentru că şi el poate simţi, auzi, atinge, mirosi şi poate

chiar distinge lumini şi umbre. Copilul simte răcoarea camerei, luminile, sunetele, dar mai mult decât orice vocea dumneavoastră, atingerea dumneavoastră.

În câteva minute, medicul sau asistenta vă va cere să împingeti din nou, să realizaţi o nouă contracţie, pentru că a sosit timpul celei de-a treia faze. Acum va ieşi placenta. Sunteţi atât de bucuroasă de copilul dumneavoastră încât abia vă mai daţi seama de ceea ce se întâmplă, dar împingeţi uşor şi simţiţi cum placenta iese fară efort din corp.

Medicul suturează (coase) părţile rupte ale vaginului dumneavoastră. Ştiţi că totul se va vindeca foarte repede pentru că sunteţi sănătoasă. Uterul se va contracta şi va reveni la dimensiunile sale normale.

Sânii dumneavoastră sunt capabili să producă lapte chiar în primele momente după naştere. Lăsaţi copilul să sugă la sân, pentru că alimentaţia naturală este foarte utilă şi îi oferă copilului mecanisme de apărare împotriva unor posibile îmbolnăviri. Totul s-a petrecut exact aşa cum a trebuit să se petreacă atât pentru dumneavoastră, cât şi pentru mica fiinţă care tocmai a venit pe lume.

Alte procedee pentru combaterea durerii în stare de hipnoză:

• *Imagerie specifică.* Subiectul poate să-şi imagineze că vasele de sânge revin la dimensiunile lor normale (mai mici dacă sunt dilatate sau mai mari dacă sunt contractate producând un spasm).

Revenirea la dimensiunile normale a vaselor de sânge reduce o migrenă sau un spasm muscular.

• *Sugestii post-hipnotice.* Un cuvânt sau o frază „cheie" pot fi condiţionate (fixate) în stare de hipnoză, fiind apoi utilizate ca semnal pentru a obţine relaxarea atunci când subiectul e ocupat sau nu există condiţii optime pentru inducerea hipnozei. Este important ca pacientul să fie acela care alege cuvântul respectiv, cuvânt care nu trebuie impus de terapeut.

• *Anestezia în mănuşă.* Prin intermediul hipnozei se poate obţine anestezie într-o anumită zonă a corpului, de regulă în mână şi/sau braţ, ca şi cum subiectului i s-ar fi injectat un anestezic. Se poate apoi sugera că braţul anestezist se plasează într-o altă zonă a corpului căreia

îi provoacă o senzaţie de confort, extinzând senzaţia de amorţeală (anestezie) de la braţ la cealaltă parte a corpului.

4.3. **Hipnoza în tulburările psihosomatice**

Tulburările psihosomatice ţin în acelaşi timp şi de psihic şi de corp. Psihosomatic nu înseamnă „închipuit", „imaginar" sau nevrotic.

1. *Sugestii pentru acest tip de pacienţi* (Hunter, 1988)

Pacientului aflat deja în hipnoză i se dau următoarele instrucţiuni: „Peste câteva momente voi atinge cu degetul fruntea ta. Când vei simţi atingerea respectivă, voi cere subconştientului tău să se întoarcă în timp, la perioada de dinaintea apariţiei simptomului şi chiar înainte ca factorii care au produs simptomul să fi acţionat. Această perioadă poate fi mai îndepărtată decât îşi închipuie mintea ta conştientă.

Lasă mintea ta conştientă să procedeze cum doreşte. S-ar putea ca ea să vrea să rămână prezentă aici, sau să se întoarcă parţial spre trecut observând de la distanţă ceea ce se petrece ori să însoţească mentalul tău inconştient pe parcursul întregii sale călătorii.

Şi pentru că mentalul conştient şi mentalul subconştient se pot situa în perioade diferite de timp vei putea trăi sentimente despre care nu ştii de unde provin. Dacă acest lucru se întâmplă, e bine să ştii că ele îşi au originea în zonele în care te-a purtat subconştientul.

Bucură-te că retrăieşti perioada aceea bună când totul în organismul tău funcţiona cum trebuie, când te aflai într-o stare de armonie interioară. Totul în interiorul fiinţei tale este atât de armonios, încât aproape că îţi vine greu să crezi că e adevărat. O stare de armonie perfectă domneşte între tine şi lumea înconjurătoare. Totul funcţionează bine, eficient, armonios. Trăieşti o stare de pace, de fericire şi armonie în interior şi în exterior. (Se lasă subiectului un timp pentru trăirea stărilor pozitive.)

Acum lasă mentalul subconştient să se întoarcă în prezent (se precizează data) şi revino în timp aducând de acolo stările afective confortabile pe care le-ai trăit.

Ori de câte ori mentalul tău subconştient întâlneşte vreunul din factorii care au contribuit la producerea simptomelor, conştientul împreună cu trupul tău vor face tot ce este necesar pentru *a se ocupa* de respectivul factor. Ştii că atunci când se acumulează mai mulţi factori de stress, se crează o mare problemă care ne depăşeşte posibilităţile; iată de ce este mult mai uşor să ne ocupăm de câte un singur factor. În felul acesta, fiecare factor va fi identificat pe rând, se va lucra asupra lui astfel încât să se asigure împăcarea cu propria persoană, după modelul celei existente anterior.

Nu putem şti dinainte cât va dura călătoria realizată de subconştientul tău. Se poate întâmpla ca ea să se producă repede, pentru că au fost relativ puţin factori generatori de stres, astfel încât ne vine uşor să ne ocupăm de ei sau, dimpotrivă, călătoria poate dura mult mai mult, pentru că simptomele au fost produse de mai mulţi factori sau pentru că aceştia sunt mai complecşi.

Vom cere unei părţi a subconştientului tău să se ocupe de această călătorie, de factorii generatori de stress pe care i-a întâlnit în cale şi pe care trebuie să-i identifice şi să-şi rezolve.

Peste câteva momente, când vei ieşi din hipnoză, toate celelalte nivele ale psihicului tău (conştiente şi subconştiente) vor reveni la timpul prezent şi la starea normală.

2. *Metafora simfoniei* (Hunter, 1988)

Adesea ne place să ne gândim la corpul nostru ca la o orchestră simfonică. O orchestră simfonică cântă frumos, dar ea este alcătuită din mai multe secţiuni şi fiecare secţiune cuprinde mai multe instrumente. Uneori, un instrument se dezacordează: de pildă, unei viori i se poate rupe o coardă sau un insturment de suflat trebuie să fie curăţat. Trebuie făcut ceva pentru ca instrumentul respectiv să poată cânta la fel de frumos ca înainte.

Alteori, când se repetă o nouă compoziţie, o întreagă secţiune a orchestrei poate avea dificultăţi în privinţa ritmului sau a armonizării. Dar, în ciuda faptului că un instrument trebuie să fie acordat sau că o secţiune a orchestrei are de lucrat asupra ritmului, *totul este în regulă cu orchestra.* (Prin analogie, totul este în ordine cu subiectul.) Orchestra e în continuare puternică şi vitală, aşa cum a fost întotdeauna.

Ei bine, şi organismul uman reprezintă o orchestră. Acesta este compus din mai multe secţiuni cum ar fi: aparatul digestiv, respirator, reproductiv, cardiovascular, osos, muscular etc., care contribuie la realizarea simfoniei reprezentate de funcţionarea organismului. Şi la nivelul fiecărui sistem acţionează diferite instrumente; astfel, în cadrul sistemului digestiv lucrează gura, stomacul, intestinul subţire, intestinul gros, precum şi organe auxiliare, cum ar fi, de pildă, ficatul.

Toate aceste ,,instrumente'' alcătuiesc o secţiune, la fel ca şi instrumentele ce intră în componenţa unei orchestre.

Astfel, deşi trebuie să ne îndreptăm atenţia asupra unei secţiuni sau a unui instrument, simfonia – adică organismul în ansamblu – este în continuare capabil să producă o muzică bună.

Spuneţi-vă în gând: ,,Corpul meu este ca o simfonie...'' şi căutaţi să percepeţi ritmul minunat al corpului care pulsează uşor, căutând să restabiliţi *armonia* din interiorul fiinţei dumneavoastră''.

4.4. **Hipnoza în tratamentul insomniilor**

Pentru subiecţii cu insomnii Hunter (1988) recomanda următoarea strategie:

,,Vă voi învăţa cum să utilizaţi hipnoza pentru a vă îmbunătăţi calitatea somnului.

Oamenii utilizează hipnoza în multe feluri pentru a adormi. Unii subiecţi sunt atât de relaxaţi în hipnoză, încât au tendinţa spontană de a adormi. Alţii utilizează hipnoza pentru a intra într-un loc foarte liniştit, unde se simt bine şi în siguranţă şi aşteaptă ca somnul să vină de la sine.

Vă prezentăm una dintre cele mai eficiente tehnici pentru combaterea insomniei: ,,Imaginaţi-vă că priviţi o tablă neagră, o cretă şi un burete. Imaginaţi-vă că scrieţi cifra 1 în mijlocul tablei. Priviţi-o câteva minute cu ochii minţii. Ştergeti apoi cifra 1 şi undeva, într-un colţ al tablei (mă întreb ce colţ veţi alege?), scrieţi cuvântul *somn* pe care îl priviţi un moment şi apoi îl ştergeţi. Scrieţi apoi în mijlocul tablei

cifra 2 şi bucuraţi-vă de acţiunea de a scrie. Priviţi cifra 2, apoi ştergeţi-o şi scrieţi în colţul tablei cuvântul „*somn*" pe care, de asemenea, îl priviţi şi apoi îl ştergeţi.

Scrieţi apoi în mijlocul tablei cifra 3. Mă întreb cum o veţi scrie? a fi ea oare compusă din două semicercuri sau va conţine şi unghiuri? Mă întreb dacă semicercul de sus va fi mai mare sau mai mic decât cel de jos.

Priviţi cifra pe care aţi scris-o, ştergeţi-o şi scrieţi cuvântul *SOMN* în colţul tablei, acordând o atenţie specială fiecărei litere. Apoi scrieţi în mijlocul tablei cifra 4. Îl faceţi pe 4 din linii deschise sau desenaţi în partea de sus un triunghi închis. Există multe feluri de a scrie cifra 4.

Continuaţi procesul de scriere a unei cifre pe care apoi o ştergeţi şi scrieţi cuvântul *somn* în colţul tablei.

Veţi avea surpriza să vă treziţi dimineaţa după un somn bun. Este interesant să vă amintiţi câte cifre aţi reuşit să scrieţi. De regulă, foarte puţine persoane reuşesc să scrie în gând mai mult de 10 cifre.

O altă tehnică constă în a vă imagina numărul de cuvinte corelate cu somnul, la care vă puteţi gândi. Aflându-vă în stare de hipnoză încercaţi să jucaţi acest joc. Amintiţi-vă cuvintele legate de cuvântul *somn* care vă vin în minte, cum ar fi: a adormi, somnoros, adormit, visător, pat, pernă etc.

Pentru unii subiecţi este potrivită tehnica de a aduna coloane lungi de cifre sau jocuri de cuvinte, în timp ce alţii preferă să-şi imagineze că se plimbă într-un loc plăcut, toate căile care duc spre acel loc fiind corelate cu somnul; astfel o cărare poate duce spre un hamac, alta spre un coş în care doarme un pisoi, alta spre dormitorul în care dormeaţi când eraţi mic. Cereţi propriului subconştient să vă ajute să găsiţi cea mai bună tehnică pentru a vă ameliora somnul, tehnica ce vi se potriveşte cel mai bine.

Şi acum, câteva cuvinte despre persoanele care obişnuiesc să se trezească în toiul nopţii. Cel mai bun lucru în astfel de cazuri este să vă sculaţi şi să vă îndeletniciţi cu ceva care vă face plăcere: tricotaţi, scrieţi versuri, dezlegaţi cuvinte încrucişate. Luaţi-vă în acelaşi timp angajamentul că veţi afecta activităţii preferate o jumătate de oră înainte de a adormi. Astfel, atunci când vă veţi scula şi vă veţi reaminti cu plăcere că v-aţi acordat un anumit timp special pentru dumneavoastră. Puteţi apoi să adormiţi liniştit, amintindu-vă cât de plăcută a fost ultima jumătate de oră dinaintea somnului.

O altă tehnică de utilizare a hipnozei în cazul insomniilor constă în a vă întoarce în timp în copilărie, când somnul era plăcut, natural, ca de la sine.

După cum vedeţi, ştiţi multe lucruri despre somn. Corpul dumneavoastră ştie sa se odihnească; el posedă acest program de somn corect încă dinainte de naştere. Permiteţi corpului şi subconştientului să regăsească aceste informaţii. Conştientul dumneavoastră, mintea dumneavoastră lucidă poate face ceea ce doreşte în timp ce subconştientul şi corpul dumneavoastră reînnoiesc vechile cunoştinţe despre somn. Poate că sunteţi interesaţi de sentimentele plăcute şi familiare induse de accesul la vechile informaţii referitoare la somnul natural. Lăsaţi aceste sentimente să plutească libere şi liniştite. E bine aşa. Cunoaşteţi acum mai multe metode de a adormi. Totuşi, pot exista unele motive care rămân ascunse conştientului dumneavoastră, pentru care subconştientul poate considera că trebuie să rămâneţi treaz sau să aveţi un somn foarte superficial. E posibil ca subconştientul dumneavoastră să considere că menţinerea acestui model de somn deficitar vă este încă necesară. Spuneţi subconştientului şi corpului dumneavoastră că a sosit momentul ca acest vechi model de somn să fie dat de-o parte pentru că acum aveţi nevoie de un nou model de somn confortabil, potrivit pentru prezent şi pentru viitor.

Poate cu timpul subconştientul va considera că trebuie să vă aducă la cunoştinţă şi motivele pentru care a fost necesar acele vechi model de somn superficial. Acum însă, bucuraţi-vă de noul model de somn odihnitor. Gândiţi-vă cu plăcere la somnul relaxant care vă va odihni tot mai bine în fiecare noapte."

4.5. **Antrenamentul mental pentru vindecarea încununată de succes** (Hunter, 1988)

În ultimele săptămâni aţi învăţat foarte multe despre modul cum lucrează corpul şi mintea dumneavoastră.

Aţi descoperit mai ales ce mult poate fi influenţată funcţionarea organismului atunci când există o comunicare şi un schimb de informaţii între subconştient şi organism.

Vă este clar, de asemenea, cât de important este să transmiteţi organismului mesajul referitor la refacerea sănătăţii.

Vom transmite astăzi împreună câteva mesaje pozitive într-o manieră foarte simplă şi practică:

Aşezaţi-vă într-o poziţie comodă şi intraţi în hipnoză până la acel nivel care este potrivit pentru dumnevoastră astăzi.

În şedinţele anterioare am afectat un anumit timp trecerii în revistă a evenimentelor trecute care v-au adus în starea actuală pentru a *încheia* cu acest trecut şi a-l da la o parte. Am consumat un anumit timp şi pentru prezent: cum puteţi acţiona ştiind ce trebuie să faceţi pentru a stimula mecanismele de refacere şi a recâştiga sentimentul vitalităţii şi starea de bine interior.

Iată că astăzi a sosit momentul să ne ocupăm de viitor, să ne proiectăm în viitor, în acea perioadă când o să vă simţiţi mult mai bine şi o să vă bucuraţi de lucrurile bune care vă aşteaptă.

Atunci când veţi simţi atingerea degetului meu pe frunte deplasaţi-vă în viitor, în perioada în care vă veţi simţi bine, când simptomele dumneavoastră vor dispărea. V-aţi atins scopul recâştigând sentimentul de bine al corpului şi minţii.

Bucuraţi-vă să trăiţi senzaţia de energie şi de vitalitate. Lăsaţi conştientul să devină o parte a minţii, trupului şi sufletului, vedeţi-vă şi auziţi-vă pe dumneavoastră înşivă. Simţiţi cum vă bucuraţi de viaţă realizând toate acele lucruri care vă fac plăcere.

Gândiţi-vă la hobby-ul dumneavoastră, imaginaţi-vă că vă plimbaţi pe faleză, pe o cărare care trece printr-o pădure sau că dansaţi, că vă aflaţi la o petrecere. Gândiţi-vă că v-aţi întors la serviciu şi faceţi o treabă bună pentru că acum puteţi să vă concentraţi foarte bine, întrucât vechile simptome nu vă mai deranjează.

Trăiţi senzaţia minunată de bine. Petreceţi mai mult timp proiectându-vă în viitor şi trăind starea de bine fizic şi psihic. De fiecare dată când vă aflaţi acolo trimiteţi mesaje puternice, pozitive subconştientului şi, prin intermediul acestuia, corpului dumneavoastră.

Vizitaţi locul şi timpul acela din viitor de mai multe ori în următoarele zile şi săptămâni atunci când practicaţi autohipnoza acasă. De fiecare dată când realizaţi acest lucru vă reafirmaţi şi vă reîntăriţi forţa care vă face să vă simţiţi bine. Atunci când veţi reveni în această cameră, veţi ieşi din hipnoză în maniera dumneavoastră caracteristică.

Hunter (1988) propune şi o altă tehnică de utilizare a imaginaţiei dirijate în scop de vindecare. Iată instructajul administrat subiecţilor:

„Toate fiinţele vii, plante sau animale au în comun, printre altele, şi faptul că posedă în interiorul lor o incredibilă capacitate de autovindecare. Dacă vă amintiţi de un animal rănit sau de o plantă lovită, veţi fi convinşi de adevărul spuselor mele. Animalul îşi linge rănile şi se vindecă singur, iar plantei îi cresc noi crenguţe şi frunze.

Şi dumneavoastră posedaţi această uimitoare capacitate, aveţi această energie vindecătoare în interior.

Intraţi în hipnoză şi coborâţi adânc în interiorul fiinţei dumneavoastră, unde se află sursa acelei energii vindecătoare. Conştientizaţi sursa energiei care vindecă şi care îşi are originea chiar în interiorul propriei fiinţe. Imaginaţi-vă că adunaţi acea energie şi o dirijaţi spre acea parte a corpului care vă pune probleme. Intuiţia este cea care trebuie să vă spună unde este bine să trimiteţi energia respectivă.

Fiecare om are noţiunea sau imaginea sa personală în legătură cu energia vindecătoare. Pentru mine, de pildă, ea seamănă cu o lumină, cu un fel de rază de soare pe care o pot dirija în orice parte a corpului doresc. Este o lumină galben-aurie care înconjoară şi scaldă zona bolnavă sau lovită.

Descoperiţi propria imagine sau noţiune cu privire la energia internă vindecătoare. Localizaţi-o în profunzimea fiinţei dumneavoastră şi dirijaţi-o acolo unde corpul are nevoie de ea. Acum căutaţi să simţiţi cum procesul de vindecare începe să se producă în interiorul corpului.

Simţiţi cu adevărat cum procesul de vindecare lucrează în interiorul corpului. Dirijaţi energia vindecătoare în acele zone ale corpului care au nevoie de ea. Uneori veţi fi suprinşi de faptul că aţi ales în mod intuitiv o parte a corpului la care nici nu v-aţi gândit până acum. Ştiind însă că subconştientul posedă mai multe informaţii decât mentalul dumneavoastră conştient, acordaţi-i încrederea de a trimite energia în acea parte a corpului pe care o alegeţi pe baze intuitive.

Acum lăsaţi imaginaţia dumneavoastră creatoare să creeze o imagine asupra modului în care se prezintă partea bolnavă sau rănită a corpului dumneavoastră. Creaţi imaginea şi modalitatea sau modalităţile senzoriale care vă convin: vizuală, kinestezică, auditivă etc.

Imaginea trebuie să fie plastică, aşa cum ar fi apărut ea într-un atlas de anatomie. Desigur, la unele persoane, componenta vizuală va fi completată cu cea kinestezică şi/sau auditivă.

Creaţi o imagine cât mai vie, cât mai detaliată. Plasaţi apoi imaginea undeva într-o zonă laterală a câmpului conştiinţei. Apoi începeţi să creaţi o altă imagine – imaginea vindecării, a convalescenţei, a refacerii. Această imagine va reprezenta modul în care se va prezenta corpul dumneavoastră atunci când vă veţi simţi din nou bine.

Creaţi imaginea propriei vindecări în culori cât mai vii, cu cât mai multe detalii. Pentru unii subiecţi, imaginea va fi realistă, pentru alţii ea poate căpăta un caracter simbolic.

Plasati noua imagine creată peste cea veche. Sarcina dumneavoastră constă în înlocuirea noii imagini cu cea veche. Unii subiecţi îşi pot imagina că suprapun pur şi simplu noua imagine peste cea veche de parcă ar fi un alt diapozitiv care îl inlocuieşte pe cel proiectat anterior. Alte persoane îşi pot imagina, de pildă, că desenează o nouă imagine care o înlocuieşte pe cea veche.

Când practicaţi autohipnoza acasă, lucraţi permanent pentru a întări imaginea ce reflectă situaţia în care vindecarea s-a produs deja. Cu cât veţi lucra mai mult, cu atât mesajul pe care îl veţi transmite subconştientului va fi mai puternic. Acest mesaj va suna astfel: Eu pot să mă fac bine. Mă aflu deja pe calea vindecării."

4.6. **Hipnoza în enurezis**

a. *Enurezisul la copil*

Înaintea începerii unei psihoterapii pentru înlăturarea enurezisului, terapeutul trebuie să se asigure mai întâi dacă enurezisul are o cauză organică şi/sau psihogenă. Deci, abia după o examinare somatică şi urologică amănunţită ce înlătură o eventuală cauză organică, se poate

trece la căutarea cauzelor psihogene ale enurezisului. În acest context intră în acţiune o multitudine de factori.

Enurezisul la copil poate apărea surprinzător după o perioadă în care copilul nu l-a avut şi se poate datora unor deprinderi igienice greşite formate în perioada în care copilul a fost bolnav. Apariţia altui copil în familie poate favoriza enurezisul ca expresie a unei mari anxietăţi, copilul făcând eforturi să atragă atenţia şi asupra lui fără a fi conştient de acest mecanis. De asemenea, enurezisul poate apărea şi ca o reacţie de apărare împotriva unui părinte hipergrijuliu. În aceste situaţii, copilul trebuie mai curând compătimit decât blamat, iar prognosticul psihoterapiei urmează să fie calculat în funcţie de factorii din mediul care întreţin simptomul. În primul rând, terapeutul trebuie să ia legătura cu părinţii care sunt sfătuiţi să manifeste indiferenţă faţă de situaţia creată. Mama este sfătuită să nu-i dea copilului lichide seara, să-l culce devreme şi să-l pună să urineze înainte de culcare. Copilul mai trebuie trezit o dată pentru a urina înainte ca mama să se culce. În relaţia cu copilul, terapeutul trebuie să-i câştige încrederea şi cooperarea, pentru că de cele mai multe ori copilul urinează în pat atunci când se teme că o va face. După inducerea hipnotică, terapeutul îi dă copilului următorul instructaj: „Din cauza somnului profund în care te afli, vei deveni tot mai puternic de la o zi la alta. Vei deveni tot mai liniştit, tot mai puţin nervos, te vei supăra tot mai rar şi mai puţin. De la o zi al alta vei simţi că ai tot mai mare încredere, stăpânire de sine, că nu ai griji, încordare. Când îţi ating burtica (este foarte importantă adecvarea mesajului la nivelul de înţelegere al copilului) vei simţi că vine acolo tot mai multă căldură, burta ta devine caldă, tot mai caldă, foarte caldă. Când simţi cald în burtică ridică mâna. Lasă mâna în jos (dacă copilul a ridicat mâna). Pe măsură ce continui să-ţi ating burta, căldura se împrăştie în toată burta ta şi la vezică, acolo unde stă urina. Pe măsură ce vine căldura acolo, vezica devine tot mai puternică şi poate ţine urina toată noaptea. Când te trezeşti dimineaţa, patul este uscat. Cu fiecare tratament pe care ţi-l fac, vezica ta devine tot mai puternică, poate ţine urina. Nu vei bea nimic înainte de culcare şi vei ţine minte să mergi la toaletă. Nu te vei mai teme că urinezi în pat pentru că nu vei mai simţi nevoie să faci noaptea. Vei dormi foarte bine, dar nu foarte adânc, astfel încât chiar dacă îţi

apare o nevoie noaptea, burta ta se va simţi atât de încordată, încât vei avea destul timp să te duci la baie. Când vei reveni în pat vei adormi imediat."

În continuarea acestui instructaj este utilă includerea unor sugestii post-hipnotice: „În timpul zilei, când vrei să urinezi, te reţii, să te stăpâneşti cât mai mult şi să mergi la baie doar atunci când nu mai poţi. Cu cât faci mai mult asta, vei vedea că poţi să ţii apa cât mai mult în tine. Pe măsură ce se vor întâmpla cele spuse de mine, vei deveni tot mai liniştit, mai mulţumit, tot mai puţin supărat. Acum voi număra de la 7 la 1 şi când voi ajunge la 1, vei deschide ochii şi vei fi pe deplin treaz. Te vei simţi foarte bine, ca după un somn lung."

b. *Enurezisul la adulţi*

Acest simptom este mult mai dificil de tratat. El se asociază frecvent cu o mare imaturitate emoţională şi determină stări depresive şi complexe de inferioritate.

Wolberg (1969) consideră că acest simptom este menţinut de conflicte inconştiente, de natură agresivă sau sexuală. De asemenea, el consideră că simptomul poate fi interpretat ca un echivalent al masturbării. După părerea autorului, agresivitatea poate fi orientată spre părinţi sau spre lume în general şi reprezintă un strigăt inconştient de ajutor din partea unei personalităţi pasive şi imature. În cazurile în care predomină conflictele de natură inconştientă, modalitatea cea mai bună de abordare este hipnoanaliza. La cei cu personalităţi dependente şi pasive, un rol foarte important îl au sugestiile de întărire a eului. În plus, aceste simptome sunt frecvent o piedică în calea căsătoriei sau a carierei. Deci, pacientul va dori cu atât mai mult să scape de simptom. Pe lângă sugestiile de întărire a eului se dau sugestii specifice de tipul: „Cu fiecare şedinţă de relaxare vei înceta să te porţi ca un copil si vei fi capabil să faci faţă dificultăţilor ca un adult." Tot ca o modalitate de fugă, de apărare poate fi interpretată şi starea de somn prea profund a acestor pacienţi.

4.7. **Hipnoza în astmul bronşic**

Prognosticul acestei afecţiuni şi eficienţa terapiei depind de etiologia psihogenă a crizei. Cu cât crizele sunt mai favorizate de factorii psihici, cu atât prognosticul va fi mai bun, deşi astmul are în etiologia lui şi factori organici: bronşite, alergii, tulburări vasculare.

În cursul psihoterapiei astmului bronşic prezintă o mare importanţă scăderea anxietăţii produse de senzaţia de sufocare.

a. *Astmul bronşic la copil*

Copilul astmatic are anumite caracteristici de care terapeutul trebuie să ţină seama. În general, acest copil este foarte receptiv la hipnoză, foarte inteligent, anxios, dependent, lipsit de încredere în sine, adesea fiind unic la părinţi. Frecvent, accesul de astm apare consecutiv naşterii fratelui şi exprimă sentimente inconştiente de insecuritate şi agresivitate refulată. În plus, atitudinea anxioasă şi hipergrijulie a părinţilor exagerează sentimentul de insecuritate al copilului, ceea ce determină creşterea anxietăţii şi tensiunii care provoacă şi prelungeşte atacul de astm. La polul opus, relaţiile conflictuale din familie au frecvent aceleaşi efecte. Se observă că aceste atacuri au o intensitate mult mai mică dacă copilul este spitalizat pentru că adesea doar anxietatea anticipatorie provoacă criza. Adesea crizele pot apărea şi ca o scuză pentru un eşec şcolar, în ajunul unui examen sau al unei teze.

În cazul copiilor, tratamentul astmului bronşic prin hipnoterapie este mai eficient după vârsta de 6-7 ani. După inducerea hipnozei, terapeutul administrează următorul instructaj: „Datorită acestei relaxări profunde, săptămâna viitoare te vei simţi din ce în ce mai bine, tot mai bine în fiecare zi. De la o zi la alta, pieptul va deveni tot mai puternic, sufocările tot mai rare, tot mai rare. Respiraţia va deveni tot mai uşoară, tot mai plăcută. Vei deveni mai liniştit, mai calm, mai puţin nervos, mai puţin speriat, mai puţin necăjit. Cu fiecare zi ce trece vei avea tot mai multă încredere în tine, te vei simţi tot mai apărat, tot mai capabil să stai pe propriile picioare, să te descurci singur la şcoală şi acasă fără teamă, griji, nesiguranţă."

După ce află cauzele crizei, terapeutul trece la administrarea unor sugestii adecvate (Hartland, 1979):

„De la o zi la alta, pieptul tău va deveni şi mai puternic, respiraţia tot mai uşoară, tot mai relaxată. Muşchii pieptului vor rămâne relaxaţi astfel încât aerul va putea pătrunde cu uşurinţă în plămânii tăi. Va dispare treptat încrodarea din zona pieptului astfel încât respiraţia va deveni tot mai uşoară, din ce în ce mai uşoară. Dacă vei simţi cumva o cât de mică senzaţie de sufocare sau vei avea respiraţia mai scurtă, nu te vei speria sau îngrijora că va veni criza, pentru că eu te voi ajuta s-o opreşti. Chiar dacă apare o uşoară senzaţie de sufocare te vei aşeza pe un scaun şi vei lăsa muşchii braţelor şi picioarelor cât mai moi posibil. Vei închide ochii şi îţi vei imagina că eşti cu mine în cabinet şi mă asculţi. Vei apăsa uşor cu palmele partea de jos a pieptului şi vei simţi că muşchii pieptului se relaxează şi permit aerului să treacă liber, astfel încât, în câteva minute respiraţia va deveni tot mai uşoară, şi mai uşoară.

b) *Astmul bronşic la adulţi*

Se instalează după o perioadă de stress sau de încordare. La femei, crizele de astm bronşic apar în perioada premenstruală şi pot fi expresia unei frici inconştiente de sarcină. Alteori, ele pot apărea chiar la ciclu, iar psihanaliza le consideră uneori expresia dezamăgirii provocate de constatarea că nu sunt însărcinate. Deci, este foarte importantă interogarea pacientei pentru determinarea cauzei declanşatoare. În plus, datorită faptului că majoritatea astmaticilor aparţin categoriei tipului dependent de personalitate, e necesar ca psihoterapia să cuprindă sugestii de întărire a eului şi de accentuare a independenţei. Tot în ideea accentuării independenţei este foarte utilă familiarizarea pacientului cu tehnici de autohipnoză; astfel, concomitent cu eliminarea simptomului nedorit se accentuează încrederea în sine prin simplul fapt că pacienţii pot preveni singuri criza.

4.8. **Hipnoterapia în tratamentul alcoolismului**

Consumul de alcool este o deprindere larg răspândită, dar puţini consumatori devin alcoolici. Alcoolismul nu trebuie văzut ca o boală, ci ca un simptom al unei personalităţi dezorganizate care nu poate face faţă situaţiei şi alege alcoolul ca o modalitate de pseudoadaptare la stress. Alcoolul determină pe moment reducerea tensiunilor, creşterea încrederii în forţele proprii şi creează o stare psihică pozitivă, adesea euforică. Toate acestea au drept consecinţă scăderea anxietăţii, reducerea reacţiilor fobice, a fricilor obsesive, astfel încât alcoolul ajunge să fie folosit pentru eliminarea suferinţei psihice. În această situaţie, persoanele cu probleme emoţionale devin dependente de alcool. Dar aceste efecte favorabile descrise sunt tranzitorii şi adesea urmate de o accentuare a depresiei. Consecinţa imediată este faptul că pacientul tinde să crească progresiv doza de alcool. Unii oameni folosesc alcoolul pentru reducerea inhibiţiei: timizii îşi depăşesc fricile şi au contacte interpersonale mai uşoare, pe alţi oameni alcoolul îi ajută să-şi depăşească sentimentele de ostilitate, deşi mărirea dozei are drept consecinţă creşterea agresivităţii. Există şi oameni care recurg la alcool pentru a depăşi sentimentele de inferioritate, izolare, inutilitate.

Observaţiile clinice au arătat că alcoolicul este un tip hipersensibil, dependent, singuratic, cu o rezistenţă scăzută la frustraţii şi o imagine de sine joasă. Sentimentele de autocompătimire şi cele inconştiente de ostilitate sunt adesea prezente la alcoolic. În copilărie, alcoolicul a fost în majoritatea cazurilor hiperprotejat de părinţi şi ca urmare, nu şi-a format capacitatea de a face faţă responsabilităţilor. Ulterior, condiţiile sociale nefavorabile, problemele de familie, grijile financiare şi profesionale îl pot face să caute consolarea în altă parte şi adesea el ajunge să se refugieze în alcool. Dacă subiectul continuă să bea şi nu găseşte modalitatea de a face faţă situaţiei, treptat acesta ajunge la degradare psihică şi socială. Iniţial, individul are un autocontrol al dozelor şi al frecvenţei consumului de alcool, dar cu timpul el nu-şi mai poate controla tendinţa de a bea.

Alcoolicul se adresează terapiei pentru a învăţa să bea moderat. Dar consumul de alcool trebuie eliminat complet şi pentru totdeauna (pentru un alcoolic, un pahar e prea mult şi 30 de pahare prea puţin).

Se observă că tratamentul dă rezultate dacă pacientul doreşte acest lucru şi nu dacă este adus de familie, prieteni sau poliţie. Cel mai bun moment pentru începerea tratamentului îl constituie revenirea din starea de ebrietate, când pacientul are sentimente de culpabilitate şi este motivat pentru schimbare.

Există o serie de obiective principale ale terapiei împotriva alcoolismului, dintre care enumerăm: mai întâi stabilirea unei relaţii simpatetice şi de înţelegere pentru pacient; încurajarea autostimei pacientului; stimularea pacientului pentru a dezvolta interese exterioare (mai ales legate de activităţi în aer liber); sprijinirea pacientului astfel încât el să poată face faţă frustraţiei – în această categorie intră cultivarea gândirii pozitive şi a atitudinii optimiste faţă de existenţă; încurajarea pacientului pentru stabilirea unor contacte sociale; adoptarea unei terapii centrate pe simptom – terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să abandoneze băutura.

Un element important al terapiei este atitudinea terapeutului faţă de pacient şi faţă de deprinderea greşită. Sub nici un motiv terapeutul nu trebuie să condamne deprinderea greşită a pacientului, dimpotrivă e necesar să manifeste o atitudine caldă, de înţelegere şi toleranţă simpatetică. Chiar dacă pacientul continuă să bea şi după începerea tratamentului, terapeutul nu trebuie să-şi exprime dezamăgirea, ci să-l încurajeze în tratament, să-i arate că îi înţelege problemele şi motivele şi că are încredere în capacitatea lui de a găsi o altă modalitate de a face faţă situaţiei.

În acelaşi timp, pacientului trebuie să i se modifice gândul ca este un caz disperat, evidenţiindu-se trăsăturile pozitive care au fost mascate de conduita de alcoolic.

Din punct de vedere al abordărilor terapeutice posibile se observă că abordarea psihanalitică nu dă rezultate semnificative în principal pentru că egoul acestor pacienţi este mult prea imatur. Hipnoterapia alcoolismului îşi propune următorul obiectiv; îndrumarea pacientului să se adapteze mai bine la mediu. La acestea se adaugă modificarea atitudinii pacientului care crede că nu va face faţă existenţei fără alcool şi implementarea ideii că dorinţa de a bea va dispărea dacă el va învăţa să facă faţă situaţiei.

Terapia trebuie să înceapă de la cauzele de bază care îl determină pe pacient să bea (de exemplu, depresivii beau pentru a scăpa de tristeţe, alţii pentru a se detensiona, a reduce anxietatea, pentru evitarea dificultăţilor familiale sau socio-profesionale). Dacă terapeutul îl ajută pe pacient să se descurce în situaţiile stresante şi fără alcool, atunci creşte mult şansa de succes a tratamentului. Una din metodele terapiei este realizarea de reflexe condiţionate astfel încât subiectul să aibă senzaţie de greaţă după consumul de alcool. Această condiţionare se face prin administrare de disulfiram în asociere cu tranchilizante (diazepam sau meprobamat) şi după o cură de vitamine aparţinând complexului B: B_1 - 4 tablete pe zi şi B_6 - 2 tablete pe zi.

Cu pacienţii care intră în hipnoză condiţionarea se poate face prin sugestii post-hipnotice. Majoritatea alcoolicilor sunt subiecţii hipnotizabili. Hipnotizabilitatea lor este restrânsă de două situaţii: cea în care pacientul fiind în stare de ebrietate nu are cum să reacţioneze la hipnoză şi situaţia în care s-a produs deja dezintegrarea personalităţii, când degradarea psihică îngreunează considerabil aplicarea hipnozei. În celelalte situaţii, chiar când se obţine o transă uşoară, pacienţii pot să fie ajutaţi cu sugestii de autostimă, autoîncredere combinate cu psihoterapii de suport, metode de reeducare, discuţii cu pacientul.

Wolberg (1969) vorbeşte de două modele de tehnici de condiţionare care se pot utiliza dacă se atinge un nivel suficient de profunzime a transei.

a) După inducţia hipnotică, terapeutul administrează pacientului următorul instructaj: „Îndată ce vei reveni din starea de relaxare vei simţi o dorinţă irezistibilă să bei ceva. Dorinţa ta va fi atât de puternică, încât îţi va ocupa complet mintea şi te va face incapabil să te gândeşti la altceva. Deşi îţi vei da seama de faptul că alcoolul este ca o otravă pentru tine, dorinţa va deveni tot mai puternică, tot mai irezistibilă. Deodată vei observa lângă tine o pungă cu bomboane. Pe măsură ce sugi bomboane, dorinţa de a bea ceva va dispărea complet. Vei deveni treptat tot mai calm şi mai relaxat (precedeul reuşeşte mai ales dacă terapeutul dă sugestii de amnezie post-hipnotică totală). Vei dori să te laşi de băutură. Dorinţa şi hotărârea ta vor deveni atât de puternice, atât de puternice, atât de intense, încât vor învinge dorinţa ta de a bea. Vei căpăta o puternică repulsie faţă de alcool sub orice formă. Cu

fiecare zi ce trece, dorinţa ta de a bea va scădea, va deveni tot mai slabă, tot mai slabă până când va dispărea complet. Vei deveni tot mai conştint de faptul că alcoolul este o otravă pentru tine. Dacă vei simţi dorinţa de a bea, o bomboană ţi-o va potoli imediat şi tu te vei simţi tot mai liniştit, tot mai liniştit, mai calm."

b) O a doua tehnică de condiţionare are în vedere obţinerea unei senzaţii de dezgust şi greaţă ca urmare a consumului de alcool. „În momentul în care consumi alcool vei simţi o jenă puternică în stomac, ţi se va face tot mai rău, din ce în ce mai rău. Îţi va fi atât de rău că nu vei mai fi capabil să înghiţi băutura pe care o vei vomita imediat..."

Aceste condiţionări au nevoie de un număr mare de întăriri, iniţial chiar zilnice. După ce aceste condiţionări au început să funcţioneze, numărul întăririlor se poate reduce la una pe săptămână până când deprinderea proastă este ţinută sub control câteva luni, apoi se poate trece la şedinţe lunare. Este foarte important ca terapeutul să nu accentueze exagerat în faţa pacientului lui, defectul său ci, dimpotrivă, e necesar să-l ghideze spre un comportament mai matur şi mai responsabil.

Gindes (cit. Hartland, 1971) atrage atenţia că simptomul se poate reduce chiar şi atunci când cauzele care l-au determinat rămân ascunse. În consecinţă, chiar simplul fapt că pacientul devine capabil să-şi reia lucrul şi să se reintegreze în familie şi societate justifică tratamentul.

4.9. **Hipnoterapia în dermatologie**

S-a observat că multe afecţiuni dermatologice pot fi tratate cu succes cu ajutorul hipnozei, iar tratamentul este mai uşor şi mai rapid în faza acută, când boala nu s-a cronicizat încă. Din păcate, majoritatea pacienţilor care apelează la hipnoterapie au deja o afecţiune dermatologică cronică. Rezultatele favorabile ale hipnoterapiei în afecţiunile dermatologice s-ar explica prin relaţia dintre piele şi sistemul nervos, datorită originii embrionare ectodermice comune. În plus, pielea realizează contactul atât cu interiorul organismului, cât şi cu mediul extern.

Orice om se poate înroşi, albi sau poate avea prurit când este iritat. Se observă că mulţi pacienţi cu tendinţe agresive şi masochiste reacţionează cutanat. De asemenea, psoriazisul, eczemele sunt influenţate de factori emoţionali. Pornind de la celălalt pol se observă că bolile de piele produc reacţii emoţionale, şi astfel se ajunge la un cerc vicios care prelungeşte durata bolii.

Hipnoterapia se aplică în asociere cu tratamentul specific şi dă rezultate când aproape toate celelalte metode au eşuat. Un prim obiectiv al hipnoterapiei este reprezentat de terapia de suport. Terapeutul va da sugestii de întărire a eului pacientului (directe în timpul hipnozei şi post-hipnotice); la acestea se adaugă substituţia de simptom şi uneori, când este cazul, hipnoanaliza.

Sugestiile directe date de terapeut au ca obiectiv reducerea simptomului (prurit, arsuri, insomnii), ajutarea pacientului să ţină un anumit regim alimentar. Aceste sugestii sunt folosite frecvent în scop analgezic. În practică nu i se sugerează direct pacientului că nu va mai simţi durerea, pruritul, ci i se transmit astfel de mesaje sugestive: „Indiferent ce senzaţie ai, vei constata că ea te supără tot mai puţin"; „Chiar dacă vei mai simţi un uşor prurit, tendinţa de a te scărpina va dispărea treptat şi complet."

Cu cât profunzimea transei este mai mare, cu atât eficacitatea terapiei va creşte. Dar uneori e necesară şi o abordare globală şi de profunzime şi nu doar o concentrare pe simptom. De aceea se face apel la hipnoanaliză. Pe lângă acestea, terapeutul trebuie să ţină seama şi de beneficiul secundar al simptomului şi să nu-l lipsească pe pacient de mecanismul lui de apărare. Astfel, el nu-i va sugera că simptomul dispare, ci că se reduce treptat (e bine să rămână un simptom rezidual de mică importanţă). Se pot da diferite sugestii pentru atenuarea pruritului şi pentru reducerea tendinţei subiectului de a se scărpina. Astfel, Scott vorbeşte de metoda anulării pruritului pe o porţiune limitată, apoi pe o porţiune mai largă de piele, apoi de pe toată mâna etc.; o altă metodă constă în sugestionarea pacientului că distruge mici obiecte şi că în felul acesta obţine aceeaşi satisfacţie ca atunci când se scarpină.

Pentru exemplificare vă oferim un model de sugestii terapeutice (Hartland, 1971): „Ca rezultat al acestui tratament vei deveni tot mai puternic şi mai eficient. Circulaţia sângelui la nivelul pielii se va îmbunătăţi, se va îmbunătăţi tot mai mult, mai ales activitatea capilarelor

din zona care irigă pielea de pe mâna ta (localizarea pruritului). Inima ta va bate tot mai puternic şi va pompa tot mai mult sânge care ajunge la nivelul capilarelor ce hrănesc pielea. De aceea, pielea devine tot mai sănătoasă, normală, astfel încât erupţia se va reduce treptat până când va dispărea complet, lăsând pielea curată, perfect sănătoasă sub toate aspectele. Pe măsură ce se îmbunătăţeşte circulaţia şi nervii devin tot mai puternici, mai tari, astfel încât ei devin tot mai puţin sensibili. Deci, pruritul se reduce treptat, se reduce treptat, până când va dispărea complet. Pruritul şi iritaţia devin tot mai mici, devin tot mai mici, astfel încât nu vei mai simţi nevoia să te scarpini. Dacă vreodată vei mai avea tendinţa să te scarpini îţi vei da seama ce faci şi vei fi capabil să exerciţi un autocontrol suficient pentru a opri scărpinatul. Vei simţi mai puţină iritaţie şi disconfort, iar iritaţia va dispărea mult mai rapid. Chiar dacă vei avea tendinţa să te scarpini în somn, în momentul, în care degetele vor atinge pielea te vei trezi imediat şi-ţi vei da seama imediat de ceea ce faci şi vei fi capabil să te opreşti. Datorită acestui tratament vei fi capabil să exerciţi un control suficient pentru a opri scărpinatul înainte de a-ţi răni pielea." La acest instructaj trebuie să adăugăm şi sugestii specifice fiecărei afecţiuni elaborate în colaborare cu dermatologul.

Tehnica substituţiei de simptom are ca obiectiv reeducarea inconştientului pacientului aflat în transă în sensul înlocuirii unui model negativ de comportament cu unul dezirabil. Noul comportament sugerat trebuie să fie suficient de motivat logic pentru a distruge paternul vechi de comportament. De asemenea, este necesar ca noul comportament să aibă aceeaşi semnificaţie simbolică ca şi simptomul. Dacă simptomul reprezintă expresia unor tendinţe agresive sau masochiste, noul comportament trebuie să reprezinte o alternativă dezirabilă pentru exprimarea aceloraşi tendinţe (de exemplu, scărpinatul oferă satisfacţia unor tendinţe agresive inconştiente – în acest caz, terapeutul poate sugera unui pacient că va obţine satisfacţii mai mari jucând tenis).

Pentru exemplificare vă oferim un model de instructaj: ,,Voi interoga inconştientul tău dacă este dispus să accepte un tip de exerciţiu fizic, sau un alt tip de activitate ca fiind potrivit pentru a înlesni descărcarea tensiunilor tale. Dacă subconştientul tău este de acord, vei

ridica degetul arătător drept dacă el nu este de acord, vei ridica degetul arătător stâng."

Când terapeutul consideră că sunt implicaţi factori inconştienţi mai profunzi în etiologia bolii, aceştia trebuie analizaţi mai atent. Dar, de cele mai multe ori, în numeroase afecţiuni dermatologice, conflictele sunt superficiale şi ţin de condiţiile din imediata apropiere a pacientului. Adeseori, prin simpla plasare a mâinii terapeutului pe fruntea pacientului în timp ce acesta se află în transă medie şi sugestionarea lui că va fi capabil să se întoarcă în timp şi să descopere ce s-a întâmplat acasă sau la serviciu când s-a declanşat boala, se obţin multe informaţii utile referitoare la etiologia bolii.

Wolberg (1969) descrie şi tehnica vizualizării prin metoda teatrului interior.

În afecţiunile dermatologice severe şi cronice, terapia necesită o transă profundă şi multă răbdare, pentru că aceste conflicte profunde sunt greu de identificat, ceea ce impune utilizarea cu precădere a tehnicilor hipnoanalitice.

Afecţiunile dermatologice posibile de a fi tratate prin hipnoterapie sunt: alopecia areată, eczemele, hiperhidroza, neurodermitele, psoriazisul, negii (s-au făcut cercetări cu două grupe de subiecţi cu negi: prima grupă a beneficiat de tratament cu raze X, cea de-a doua grupă cu placebo instrumental. S-a observat că la ambele grupe negii au dispărut la fel de repede).

În general, pentru hipnoterapia negilor sunt necesare două-trei şedinţe pe săptămână. Pentru exemplificare vă oferim un model de instructaj: ,,Când îţi ating mâna vei simţi căldură, o căldură plăcută, care pătrunde prin piele în mâna ta. Pe măsură ce eu continui să-ţi ating mâna creşte senzaţia de căldură astfel încât o poţi percepe clar. Când ai senzaţia de căldură ridică, te rog, cealaltă mână. Este bine aşa! Acum îţi voi atinge negii. Pe măsură ce îi atingi simţi cum căldura se concentrează în acel loc, iar ei devin mai calzi decât restul mâinii. Când simţi căldura cuprinzând fiecare neg ridică cealaltă mână. Acum lasă mâna în jos. Pe măsură ce căldura cuprinde negii, aceştia vor deveni mici, tot mai mici, se vor usca, se vor usca şi vor dispărea treptat. Cu fiecare şedinţă, pielea ta devine tot mai sănătoasă pentru că negii se usucă şi dispar treptat."

Este foarte important ca tratamentul să-i ofere pacientului o explicaţie logică pentru dispariţia negilor (de exemplu, Gheorghiu, în 1978, a administrat unui subiect următoarea sugestie: „Negii se usucă şi dispar pentru că nu mai sunt alimentaţi cu sânge.")

4.10 **Hipnoterapia în tulburările menstruale**

Se porneşte de la premisa că multe tulburări menstruale au adesea origine psihogenă, iar aceasta le face abordabile prin hipnoză. Hipnoterapia este mult mai eficientă dacă factorii emoţionali sunt de dată recentă. În majoritatea cazurilor se pot obţine rezultate favorabile fără hipnoanaliză prin simpla combinare a terapiei centrate pe simptom cu psihoterapia simplă de suport. Cele mai frecvente tulburări menstruale sunt: hemoragia uterină funcţională, amenoreea şi dismenoreea funcţională.

Hemoragia uterină funcţională poate fi rezultatul unui şoc, al anxietăţii şi supraîncordării. Dar aceste cauze psihice trebuie suspectate după eliminarea cauzelor organice (deci examenul medical preliminar este obligatoriu). Cauzele psihice sunt multiple: o reacţie de apărare împotriva actului sexual, teama inconştientă de sarcină etc. Majoritatea cazurilor se rezolvă doar prin administrarea unor sugestii directe de înlăturare a simptomului, iar pentru aceasta este necesar un stadiu cel puţin mediu al hipnozei. Pe lângă sugestiile directe de înlăturare a simptomului, terapeutul va oferi pacientei explicaţii, încurajări – deci o terapie suportivă. Un alt obiectiv important al terapiei este evitarea anemierii, iar pentru aceasta terapeutul trebuie să dea sugestii de reducere a fluxului de sânge la menstra normală. Cazurile severe de hemoragie uterină funcţională impun hipnoanaliza pentru identificarea cauzelor emoţionale ce au determinat tulburarea.

Amenoreea poate varia de la oprirea completă a menstrei până la reducerea considerabilă a fluxului de sânge în menstră. Cauzele psihogene ale amenoreei pot fi evidenţiate, cu siguranţă, numai după eliminarea cauzelor organice. În categoria cauzelor psihogene pot fi evidenţiate şocurile , anxietatea, teama de sarcină, atitudini greşite faţă de viaţa sexuală, absenţa unui partener, schimbări de mediu, detenţia,

situaţia de război. Hipnoterapia dă rezultate favorabile prin sugestii directe adiministrate în hipnoză. În cadrul sugestiilor directe se vor face referiri la faptul că ciclul menstrual se va restabili şi funcţiona normal, fără dureri, că menstra se va instala cu regularitate (la 28 de zile, fără excepţie) (uneori e necesar să se precizeze data şi durata menstrei). De cele mai mutle ori este suficient o singură şedinţă de hipnoterapie sau o discuţie lungă cu un terapeut cald şi înţelegător pentru rezolvarea problemei. Cazurile rebele de amenoree necesită intervenţie hipnoanalitică pentru realizarea insight-ului cu privire la situaţia pacientei.

Dismenoreea funcţională are şi ea o origine psihogenă: se instalează ca un răspuns condiţionat pentru că fetiţa află de la alţii faptul că menstra este în mod obligatoriu însoţită de durere şi disconfort. Alţi factori psihogeni ar fi: stress-ul, sentimentele ca culpabilitate legate de masturbaţie, teama de viaţa sexuală, sarcină, conflicte în familie. Dismenoreea funcţională la femeile căsătorite poate fi semn de dizarmonie conjugală; la femeile instabile emoţional şi la fete, durerile menstruale pot fi atât de intense încât le afectează activitatea profesională.

Terapia dismenoreei funcţionale trebuie să aibă în vedere eliminarea cauzelor organice pasibile de a produce tulburarea, abia ulterior trecându-se la psihoterapie. Terapeutul trebuie să administreze sugestii directe de eliminare a durerii, asociate cu sugestii de reducere a anxietăţii, supraîncordării, tensiunii şi a expectaţiilor anticipatorii.

În cazurile rebele de dismenoree funcţională, hipnoanaliza este de un real folos, ea diagnosticând conflicte emoţionale nerezolvate ce îşi caută o altă supapă şi realizează astfel substituţia de simptom.

4.11. **Hipnoterapia în logonevroze**

Subiecţii care suferă de logonevroză (balbism) trebuie trataţi cât mai de timpuriu, pentru că dacă patternul de vorbire deficitar s-a instalat, acesta este dificil de restructurat. Chiar şi tratamentul prin hipnoză este mai eficient la copii şi adolescenţi comparativ cu adulţii.

Se observă că pacientul trăieşte tensional defectul lui şi devine timid, irascibil, anxios referitor la actul vorbirii. Această tensiune determină încordarea suplimentară a muşchilor laringelui, gâtului, feţei, limbii, buzelor şi uneori chiar a muşchilor antrenaţi în respiraţie. Cu cât pacientul încearcă mai mult să-şi depăşească tulburarea, el nu face decât să-şi amplifice spasmele musculare, ceea ce creează noi dificultăţi. Cercul acesta vicios se prelungeşte, iar subiectul ajunge foarte curând să dezvolte o logofobie (teama de a vorbi). Terapia logonevrozei la copiii mici până la 9 ani constă doar în exerciţii logopedice: copilul recită versuri bătând măsura, citeşte cu voce tare lungind vocalele şi face exerciţii de gimnastică respiratorie. Psihoterapia logonevrozei are drept obiective eliminarea simptomului şi reducerea anxietăţii şi a unor tulburări de personalitate apărute ca o consecinţă a logonevrozei.

Hartland (1979) face o serie de recomandări în terapia logonevrozei:

– Când se bănuieşte prezenţa unor traume emoţionale în antecedente, acestea trebuie neapărat explorate. Conflictele trebuie abordate, explicate, rezolvate, iar pentru a obţine informaţii referitoare la acestea, terapeutul poate utiliza interviul clinic aprofundat şi uneori hipnoanaliza.

– Stress-urile şi traumele actuale trebuie eliminate, de exemplu, modificarea atitudinii părinţilor faţă de copilul balbic.

Este obligatoriu ca terapeutul să administreze sugestii cu caracter general de calm, relaxare, destindere fizică şi psihică, creşterea încrederii în sine şi întărirea egoului; în acest sens, un rol important îl au sugestiile centrate pe înlăturarea sentimentului de inferioritate şi îmbunătăţirea imaginii de sine a pacientului.

Pacientului trebuie să i se sugereze că va fi atât de profund interesat de conţinutul propriei comunicări, încât nu va mai acorda atenţie modului de exprimare.

Este absolut necesară restructurarea atitudinii faţă de propria deficienţă: subiectului i se va spune că ceilalţi acordă mult mai puţină atenţie defectului decât o face el. În viaţa cotidiană, subiectul trebuie să-şi creeze deprinderea de a vorbi rar, clar, controlat şi de a-şi construi un autocontrol al respiraţiei.

În desfăşurarea tratamentului, terapeutul trebuie să urmărească următoarele obiective: formarea la pacient a unor deprinderi de relaxare: întărirea eului şi creşterea încrederii în sine; reducerea anxietăţii legate de actul de comunicare; eliminarea simptomului prin sugestii directe, antrenarea în stare de hipnoză a vorbirii rare, clare, cu respiraţie corectă; minimalizarea pe cale sugestivă a semnificaţiei psihice a situaţiei în care este solicitată comunicarea; modificarea atitudinii pacientului faţă de deficienţa lui.

În terapia logonevrozei se aplică cu succes: 1) tehnica desensibilizării; 2) tehnica imaginaţiei dirijate.

În primul caz este necesară o transă medie în care subiectului i se demonstrează că poate vorbi bine în stare de relaxare. Apoi se reduce treptat profunzimea hipnozei până când subiectul ajunge să vorbească bine în simplă stare de relaxare.

În tehnica imaginaţiei dirijate, terapeutul cere subiectului aflat în hipnoză să se imagineze pe sine vorbind în faţa unui grup de persoane faţă de care are de regulă dificultăţi de exprimare şi să asocieze această experienţă cu o stare de calm, linişte, încredere. Pentru exemplificare vă oferim următorul model de instructaj: „Devii şi rămâi tot mai calm, destins, relaxat. Eşti tot mai relaxat şi în prezenţa altora, indiferent dacă sunt mulţi sau puţini, străini sau cunoscuţi. Vei fi capabil să comunici cu aceste persoane de pe poziţii de egalitate, fără urme de sentimente de inferioritate, fără să te simţi bulversat, intimidat, ridicol, fără să-ţi pese de ce vor gândi ele. Vei deveni atât de preocupat şi absorbit de cele ce ai de spus, încât nu vei mai acorda nici o atenţie modului în care te exprimi. Vei deveni tot mai puţin conştient de prezenţa altora. Aceştia vor înceta să te mai deranjeze. Vei câştiga tot mai multă încredere în capacitatea ta de a vorbi clar şi frumos. În fiecare zi vei exersa deprinderea de a vorbi tot mai controlat, răspicat, astfel încât atunci când începi să vorbeşti te simţi foarte relaxat, din ce în ce mai relaxat, atât fizic cât şi mental. Vei fi capabil să vorbeşti fără cea mai mică ezitare."

O altă tehnică de terapie este regresia de vârstă cu hipnoanaliză. Se realizează abreacţia (catharsisul) prin retrăirea în stare de hipnoză a conflictelor care au stat la baza tulburării. Pacientul este învăţat să practice independent o tehnică de relaxare musculară pentru că aceasta

îi va accentua încrederea în sine şi pentru că în etiologia acestor tulburări sunt incriminaţi foarte mulţi factori care determină contracţia musculară, asupra cărora se poate acţiona specific.

O idee importantă a terapiei balbismului este cea care se referă la motivarea pacientului pentru terapie. Cu cât pacientul este mai motivat cresc semnificativ şansele de succes.

4.12. Hipnoterapia în tulburările de dinamică sexuală psihogenă la bărbaţi

Printre cele mai frecvente tulburări de dinamică sexuală la bărbaţi menţionăm: ejacularea precoce, tulburările de erecţie sau pierderea erecţiei, şi imposibilitatea erecţiei. Un prim pas în terapie îl constituie eliminarea cauzelor organice ale acestor tulburări prin intermediul unui examen medical. După eliminarea cauzei organice, terapeutul trebuie să-l asigure pe pacient că e vorba de o deficienţă trecătoare, remediabilă. Prognosticul terapiei este cu atât mai favorbail, cu cât tulburarea e mai recentă, iar individul mai tânăr. Este dificil de lucrat cu tulburări mai vechi de 15 ani, la bărbaţi peste 45 de ani.

Terapeutul trebuie să realizeze o anamneză detaliată a bolii (când, în ce condiţii a apărut, care sunt factorii care o agravează) pentru a contracara sugestiv factorii care au determinat şi agravează tulburarea. Printre cauzele psihogene pot fi evidenţiate: eşecul actului sexual consecutiv stress-ului, consecutiv consumului de alcool, sau consecutiv actului sexual cu o parteneră rejectantă. Terapeutul trebuie să stabilească dacă problema prezentată de pacient este un defect real sau constituie o fluctuaţie a unui act sexual obişnuit. De reţinut faptul că în cazul contactelor sexuale sporadice, la intervale prea mari de timp poate apărea, mai ales la tineri, o ejaculare precoce. De aceea, pentru a construi sugestiile, terapeutul trebuie să ştie care este tipul de deficienţă. În cursul terapiei acesta are în vedere câteva aspecte importante: în primul rând cooperarea partenerei, pentru că terapia tulburării de dinamică sexuală, atât la bărbaţi, cât şi la femei, se include în cadrul mai larg al terapiei cuplului; o a doua problemă este investigarea regimului de viaţă al pacientului, pentru că foarte frecvent se prezintă la terapie pacienţi epuizaţi fizic sau psihic.

O altă problemă se referă la evaluarea personalităţii pacientului pentru diagnosticarea posibilelor conflicte profunde, caz în care hipnoanaliza este absolut necesară. În cursul terapiei terapeutul porneşte de la o serie de ipoteze: o primă ipoteză este modificarea atitudinii pacientului faţă de deficienţa lui acesta considerând că deficienţa are un caracter trecător şi poate fi remediată. Pentru aceasta, terapeutul poate da sugestii de întărire a eului, poate face terapie de suport sau poate apela la tehnici de psihoterapie raţional- emotivă (Ellis) sau psihoterapie prin intervenţie paradoxală. O altă ipoteză de lucru a terapeutului o constituie deprinderea subiectului de a practica o tehnică de autoreglare a stării psihice (antrenament autogen Schultz, unele exerciţii de Yoga etc.) ca o condiţie a creşterii capacităţii acestuia de a face faţă situaţiei.

În cursul terapiei, după inducţia hipnotică, terapeutul administrează sugestiile clasice de întărire a eului, apoi sugestii centrate pe simptom, sugestii legate de reducerea anxietăţii anticipatorii referitoare la eşecul sexual. Iată câteva exemple;

– „Performanţa mi-e indiferentă, mă străduiesc doar să-i fac plăcere partenerei."

„Orice teamă legată de modul în care vei apărea în ochii partenerei dispare complet şi pentru totdeauna."

Un alt tip de sugestii centrate pe simptom sunt cele directe prin care terapeutul sugerează rigiditatea braţului şi face transferul rigidităţii la nivelul penisului.

Terapeutul mai poate apela la tehnica imaginaţici dirijate punându-l pe pacient să-şi imagineze în detaliu un act sexual reuşit sau determinând abreacţia situaţiei în care a apărut prima dată tulburarea. Dacă această tulburare este mai profundă, prin hipnoanaliză terapeutul interoghează subconştientul pacientului referitor la momentul şi cauza instalării tulburării, precum şi la semnificaţia acesteia pentru pacient. De remarcat că demersul psihanalitic, cel puţin în primele faze ale terapiei, nu e de dorit, pentru că o tulburare de dinamică sexuală este o problemă acută care trebuie rezolvată repede, iar psihanaliza reprezintă o tehnică de durată.

4.13. **Hipnoterapia în tratamentul tulburărilor nevrotice**

Există o serie de subiecţi cenestopaţi care ajung să invoce tot felul de acuze somatoforme fără acoperire organică. Ei merg din cabinet în cabinet, iar cei din jur ajung să-i sfătuiască să fie tari pentru că tulburarea lor poate dispărea ca urmare a unui efort de voinţă. Astfel de sfaturi nu fac decât să agraveze starea pacientului.

Un autor - Ross (cit. Harlatnd, 1979) este de părere că nu există dureri imaginare. În consecinţă, subiectul ori suferă acea durere, ori minte. Dar există dureri fizice care pot fi produse şi de cauze psihologice, ele fiind resimţite la fel de acut ca şi celelalte. Pentru ilustrarea acestei situaţii este valabilă următoarea butadă: „Pacientul spune că nu poate, sora spune că nu vrea, iar adevărul este că nu poate să vrea."

În terapia tulburărilor nevrotice, un prim obiectiv îl constituie descoperirea cauzelor inconştiente care stau la spatele simptomului. Se merge pe ideea insight-ului referitor la aceste cauze, care determină dispariţia simptomului. Psihanaliza consideră că aceste simptome sunt rezultatul reprimării unor situaţii psihotraumatizante pe care subiectul nu şi le poate reaminti, iar acuzele apar ca o reacţie de apărare împotriva anxietăţii intolerabile. Dacă aceste refulări ale situaţiilor psihotraumatizante devin ineficiente, apar simptomele. De aceea, demersurile de tip hipnoanalitic în terapia tulburărilor nevrotice sunt mai indicate deoarece fac posibilă abreacţia în stare de hipnoză a psihotraumei generatoare de simptome.

Afecţiunea nevrotică este deci o modalitate inconştientă de a scăpa prin boală de dificultăţile reale sau imaginare ale vieţii. În terapia nevroticului se impune evidenţierea câtorva aspecte. În primul rând, nevroticul nu trebuie criticat şi blamat pentru modul cum îşi rezolvă problemele. El are deja complexe de inferioritate, o imagine de sine scăzută şi îşi atinge foarte uşor punctul limită. De aceea, el nu mai are nevoie şi de critica terapeutului. În al doilea rând, tulburările nevrotice sunt greu de abordat pentru că întotdeauna pacientul obţine de pe urma lor beneficiu secundar. În al treilea rând, terapeutul trebuie să ştie că cenestopatul are impresia că nimeni nu-l înţelege şi caută în permanenţă o persoană care să-i asigure sprijin. Dacă terapeutul îşi asumă acestor rol cresc foarte mult şansele de succes ale terapiei.

Nevroticul trebuie încurajat permanent şi interogat în detaliu cu privire la dificultăţile vieţii lui. De asemenea, nu e indicat să fie întrerupt sau criticat, indiferent ce-ar spune. Terapeutul trebuie să-i stimuleze respectul de sine, să ia în considerare cu seriozitate durerile lui şi mai ales să nu-i spună „să se ia de mână" sau că vindecarea depinde de el.

La aplicarea hipnozei, terapeutul trebuie sa fie foarte atent la selecţia cazurilor pentru că simptomul pacientului poate fi expresia unui conflict mai profund, iar reducerea lui fără hipnoanaliză poate determina o substituţie de simtpom. Hipnoza, pe lângă tratamentul stărilor somatoforme, mai poate fi utilizată şi în tratamentul stărilor anxioase, stărilor fobice de intensitate medie (anxietate generalizată, atac de panică, tulburare fobică), stărilor de hiperemotivitate, trac, lipsă de încredere în forţele proprii etc.

Pentru stările anxioase severe, cu obsesii şi fobii multiple şi profunde, este necesar ca tratamentul să fie făcut de o persoană cu cunoştinţe de psihiatrie, hipnoterapia fiind inclusă într-o psihoterapie mai complexă.

Pentru simptomatologia isterică se recomandă abordarea pacientului de către o persoană cu cunoştinţe de psihiatrie, la fel ca în cazul stărilor anxioase severe. Pentru stările obsesive, abordarea hipnoanalitică este mai dificil de realizat. Ea poate da unele rezultate, dar stările respective nu trebuie abordate doar prin psihoterapia centrată pe simptom. În cazul depresiilor nu este recomandată utilizarea hipnozei mai ales în depresiile cu potenţial suicidar, cu excepţia pacienţilor internaţi şi în combinaţie cu alte metode de psihoterapie şi tratament psihiatric. În depresiile nevrotice, fără impulsuri suicidare, hipnoza este utilizată în combinaţie cu medicaţia antidepresivă. În depresiile reactive, hipnoza poate fi folosită alături de restructurarea atitudinală, reorientarea motivaţională.

Hipnoterapia la subiecţii nevrotici parcurge anumite etape:

a. *Descoperirea cauzelor care au determinat simptomul.* Pentru atingerea acestui obiectiv, în afara interviului clinic, se recomandă aplicarea tehnicilor de hipnoanaliză, de interogare a subiectului în stare de hipnoză la care se adaugă tehnicile bazate pe asociaţiile libere şi analiza viselor.

b. *Ghidarea pacientului.* Tratamentul se axează pe ghidarea pacientului pentru a face faţă mai bine dificultăţilor vieţii. Pacientul caută o autoritate care să-i rezolve problema. Are nevoie permanent de sfaturi (cum să se comporte în familie, la şcoală). Aceste sfaturi date în stare de veghe trebuie transformate apoi în sugestii hipnotice şi posthipnotice, la care se adaugă şi sugestiile de întărire a eului. De remarcat că abordarea persuasivă a tulburărilor nevrotice este mult mai indicată decât cea autoritară.

c. *Încurajarea.* Pacientul trebuie permanent încurajat în privinţa simptomului lui, a evoluţiei bolii de care suferă. El are nevoie de ajutor pentru a-i depăşi temerile că ar avea o boală organică gravă sau că va înnebuni.

d. *Persuasiunea.* Terapeutul trebuie să corecteze ideile greşite ale pacientului în legătură cu boala lui, făcând apel la inteligenţa pacientului prin intermediul tehnicilor de psihoterapie cognitiv-raţională. Pacientul trebuie convins de natura reală a simptomului lui şi de modul în care acesta se formează. Hipnoterapeutul trebuie să-i inoculeze sugestiv dorinţa de a fi sănătos şi ideeca că poate face faţă dificultăţilor.

e. *Decondiţionarea.* Terapeutul foloseşte tehnica decondiţionării pentru înlăturarea unor deprinderi greşite: consum abuziv de alcool, mâncat excesiv, fumat, onicofagie. Satisfacţia obţinută de pacient de pe urma deprinderii greşite practicate se asociază cu o emoţie negativă, iar terapeutul trebuie să-i întărească pacientului motivaţia de a se debarasa de problema lui. Însă, această tehnică dă rezultate slabe când simptomul are o valoare defensivă majoră. În astfel de cazuri trebuie ca mai întâi pacientul să realizeze insight-ul cu privire la problema lui şi aceasta se poate face doar prin abordare hipnoanalitică.

Capitolul 5

HIPNOANALIZA

5.1. Caracterizarea generală şi metodele hipnoanalizei

În multe afecţiuni nevrotice sau psihosomatice, simptomul se manifestă ca o reacţie de apărare a eului pacientului împotriva unor conflicte mai profunde sau mai superficiale.

Diversele simptome (reacţiile de vomă, alergiile, atacurile de astm etc.) reprezintă mesaje ale organismului prin care acesta comunică faptul că ceva nu e în regulă cu el, cerând în mod inconştient ajutor.

Anumite expresii utilizate de pacienţi sunt de fapt indicatori-simboluri ai conflictelor psihologice care stau la baza îmbolnăvirilor. Astfel, expresia „mi se face silă de pisălogeala ta" se poate traduce în plan somatic printr-o reacţie de vomă.

O mare cantitate de agresivitate sau frustrare care nu e exprimată verbal se poate manifesta sub forma unor simptome. Medici au constatat că persoanele care nu se ceartă niciodată îşi exprimă frecvent nemulţumirea prin simptome corporale. Este cunoscut faptul că artitrele reumatoide apar la persoanele care au acumulat o cantitate mare de nemulţumire refulată, în timp ce insomnia poate ascunde o teamă inconştientă de moarte, iar în cazul colitelor ulceroase, psihosomaticienii spun că pacientul se „roade pe dinăuntru" din cauza eforturilor pe care le face de a scăpa de problema sa.

Dacă psihotraumele şi conflictele mai recente şi mai superficiale pot fi abordate prin simpla hipnoterapie centrată exclusiv pe simptom, în cazul conflictelor mai severe este absolut necesară terapia de profunzime care vizează descoperirea acestor conflicte, a reacţiilor emoţionale asociate, terapia încheindu-se cu ajutarea pacientului să le cunoască şi să le facă faţă.

O astfel de abordare se realizează prin intermediul hipnoanalizei care îmbină tehnicile de hipnoză cu unele metode specifice psihanalizei. Hipnoanaliza utilizează aceleaşi tehnici de inducţie şi adâncire

a transei hipnotice, după care recurge la procedee specifice psihanalizei. Hipnoanaliza are, faţă de psihanaliză, avantajul că reprezintă o psihoterapie de scurtă durată. El a îl ajută pe pacient să se elibereze de simptomele de care doreşte să scape, contribuind totodată şi la restructurarea mai profundă în sfera personalităţii acestuia prin accesul la anumite zone ale inconştientului, unde s-au structurat conflictele generatoare de simptome.

Hipnoza, prin atenuarea rezistenţelor la psihoterapie, scurtează durata tratamentului comparativ cu psihanaliza clasică. În medie, cura hipnoanalitică totalizează 20 de şedinţe, ceea ce înseamnă relativ puţin comparativ cu o cură psihanalitică ce durează 2-3 ani.

Diferenţa esenţială faţă de psihanaliză constă în aceea că terapeutul hipnoanalist nu rămâne pasiv până când rezistenţele pacientului cedează, ci le atacă frontal, înainte ca acestea să oprească progresul psihoterapici sau, în unele situaţii, ignoră această rezistenţă. Singurul criteriu de selecţie a pacienţilor pentru hipnoanaliză este gradul lor de hipnotizabilitate.

Cu cât se obţine o transă mai profundă, cu atât hipnoanaliza are şanse mai mari, pacientul având acces mai uşor la amintiri şi conflicte uitate din trecutul său, care îi produc simptome nevrotice sau psihosomatice. O transă mai profundă facilitează şi producerea amneziei posthipnotice care îl va proteja temporar pe pacient de amintiri prea penibile, ce vor fi aduse în planul conştiinţei abia atunci când pacientul se va simţi suficient de puternic să le facă faţă.

Wolberg consideră că scopurile rezonabile ale unei psihoterapii scurte de tip hipnoanalitic ar fi:

– reducerea simptomelor;

– revenirea la nivelul de funcţionare psihică dinainte de îmbolnăvire;

– înţelegerea de către pacient a naturii factorilor care au favorizat îmbolnăvirea;

– recunoaşterea de către pacient a unor perturbări ale personalităţii care îl împiedică să se adapteze în mod eficient la mediu;

– conştientizarea modului în care se produc simptomele (psihice şi somatice), structurate pe baza experienţelor psihotraumatizante trecute şi a condiţionărilor din copilărie;

– recunoaşterea de către pacient a legăturii dintre conflictele trecute şi boala prezentă.

Hartland (1975) consideră că hipnoanaliza prezintă două etape principale:

a) analitică – se referă la descoperirea de către pacient a conflictelor inconştiente care sunt generatoare de simptome;

b) sintetică – prin intermediul „insight"-ului şi reeducării, pacientul este ajutat să-şi elaboreze noi deprinderi de gândire şi noi modele de comportament şi, în consecinţă, să-şi reconstruiască încrederea în sine, în capacitatea sa de autocontrol şi de a face faţă existenţei aşa cum este ea.

Hipnoanaliza reprezintă, deci, o modalitate prin care terapeutul se adresează ego-ului inconştient al pacientului; acest demers se realizează mai direct şi mai rapid în comparaţie cu psihanaliza.

Psihanaliza clasică utilizează patru tehnici de descoperire a conflictelor inconştiente, şi toate acestea pot fi utilizate în cadrul hipnoanalizei:

1) tehnica asociaţiilor libere;
2) interpretarea rezistenţelor şi a mecanismelor de apărare;
3) analiza transferului;
4) interpretarea viselor.

• *Asociaţiile libere*

Tehnica este asemănătoare cu cea a psihanalizei clasice, diferenţa constând în aceea că în hipnoanaliză demersul are loc în transa hipnotică, iar procesul asociativ apare mai frecvent sub forma imaginării. Pacientul e încurajat să ia act de diversele imagini, gânduri, asociaţii care îi trec prin minte, indiferent dacă legăturile dintre ele i se par logice sau nu.

Însăşi inducţia hipnotică va înlătura unele rezistenţe la asociaţia liberă. Asociaţiile se realizează mai uşor în hipnoză şi adesea o singură şedinţă va furniza mai multe informaţii relevante decât câteva şedinţe în stare de veghe.

Transa medie este, de regulă, suficientă pentru ca pacientul să producă un material semnificativ pentru psihoterapeut. Hipnoanalistul tre-

buie să asculte în mod pasiv şi să evite întreruperea fluxului normal al asociaţiilor pacientului (care vorbeşte liber), notând ce şi cum se exprimă acesta. Dacă el remarcă ceva deosebit, trebuie să-l interogheze pe pacient în legătură cu problema neclară, direcţionând fluxul asociaţiilor acestuia pe canalul dorit. Dacă pacientul se blochează, terapeutul pune mâna pe fruntea acestuia şi comandă:

„Voi număra până la 5 şi când voi ajunge cu numărătoarea până la 5, îţi va veni în minte cuvântul sau imaginea care are legătură cu ceea ce ai spus înainte" (Hartland, 1978).

- *Mecanismele de apărare şi rezistenţele*

În psihanaliză, terapeutul interpretează rezistenţele pacientului. De pildă, când pacientul întârzie, terapeutul îl dezvăluie ce se ascunde în spatele întârzierii – un mecanism de apărare a eului: întârziind, pacientul caută să evite să se ocupe de problemele sale timp de 50 de minute sau, când întârzie frecvent, el poate dori în mod inconştient să-şi provoace terapeutul să-l dea afară. Psihanalistul interpretează aceste fenomene pentru pacient. Hipnoanalistul interpretează aceste mecanisme în acelaşi fel. Dar, în hipnoză pacientul este mai vulnerabil, şi aceste rezistenţe trebuie manevrate cu mai multă grijă, blândeţe şi respect faţă de pacient. Este interzisă atacarea lor prea rapidă. De pildă, un student la arte plastice a venit la hipnoanaliză pentru că nu era capabil să-şi termine lucrarea de diplomă şi nu ştia dacă este sau nu homosexual, neavând curajul să se apropie nici de bărbaţi, nici de femei. Când a fost aplicată pentru prima dată tehnica teatrului interior, pacientul a spus în hipnoză că s-a defectat frânghia care trebuia să tragă cortina (de două ori). Apoi a văzut o nouă cortină metalică ce bloca vederea pe scena imaginară. În această situaţie, terapeutul a sistat temporar încercarea, reluând-o abia după o lună de terapie. Acum tehnica a putut fi aplicată, pacientul văzând pe scena imaginară un bătrân care agresa sexual un băiat. Această scenă a readus în conştientul subiectului amintirea terifiantă din copilărie când acesta dormise în pat cu bunicul său, şi acesta a încercat să abuzeze sexual de el. Astfel, pacientul a ajuns să conştientizeze sursa temerilor sale de natură homosexuală (Erika Fromm, 1984).

În hipnoanaliză, interpretarea rezistenţelor nu este neapărat atât de riguroasă ca în psihanaliză. Uneori, hipnoanalistul interpretează rezistenţele, dar sunt şi situaţii în care terapeutul observă rezistenţele şi le trece sub tăcere. El caută acele strategii terapeutice menite să facă rezistenţele inutile. Numai atunci când aceste strategii dau greş, terapeutul atrage atenţia pacientului asupra existenţei rezistenţelor.

Analiza rezistenţelor nu mai reprezintă o piatră unghiulară ca în psihanaliză, mai ales datorită faptului că una din caracteristicile subiectului hipnotic este aceea de a coopera cu terapeutul, ceea ce face ca rezistenţele să se manifeste mai puţin decât în stare de veghe.

- *Transferul*

În psihanaliză, transferul se referă la faptul că pacientul are sentimente nerealiste faţă de terapeut pe care îl identifică cu o figură semnificativă din copilăria sa. (Îl vede pe terapeut prin ochelarii trecutului, ochelari ce pot fi roz sau întunecaţi). Astfel, pacientul caută să reediteze cu terapeutul o relaţie importantă din existenţa sa timpurie. Când pacientul realizează un transfer pozitiv, el îşi iubeşte şi îşi idealizează terapeutul. Când transferul e negativ – îl urăşte. Ambele tipuri de transfer trebuie prelucrate de către terapeut.

Transferul este şi mai puternic în hipnoanaliză comparativ cu psihanaliza clasică, pentru că în hipnoză pacientul are acces mai rapid la conflictele şi afectele sale reprimate, el fiind într-un contact mai direct cu propriul său subconştient. Există trei mari categorii de transfer (Erika Fomm, 1984):

1) transferul care caracterizează tipul infantil de dependenţă;
2) transferul oedipian;
3) transferul fratern.

- *Dependenţa de tip infantil*

Situaţia hipnotică în sine tinde să favorizeze transferul de tip infantil, mai ales la începuturile sale. Pacientul vine la hipnoterapie şi aşteaptă ca terapeutul să aibă grijă de el, să-i rezolve problemele în timp ce el „doarme". De fapt, pacientul vrea să fie dependent, considerându-l pe terapeut ca pe un părinte omniscient şi omnipotent.

Sentimentele legate de transfer sunt nerealiste si exagerate, el dorind ca terapeutul să ia deciziile în locul pacientului, aşa cum au făcut părinţii – tata sau mama – în copilăria sa.

• *Transferul de tip oedipian*

Aşa cum complexul Oedip are două laturi – dorinţa de a întreţine relaţii sexuale cu părintele de sex opus şi dorinţa de a câştiga obiectul dragostei în competiţie cu părintele de acelaşi sex, de a cărui răzbunare subiectul se teme – şi în hipnoză, acest complex îmbracă două forme: seducţia şi competiţia cu dorinţa de moarte a concurentului. În hipnoanaliză, aceste sentimente arhaice sunt transferate asupra persoanei hipnoterapeutului.

Sentimentele respective pot îmbrăca diverse forme:

– pacienta (femeie) poate avea fantezii legate de faptul că hipnotizatorul o ţine în braţe, face dragoste cu ea;

– o altă pacientă poate acuza nejustificat terapeutul că a agresat-o sexual în timp ce se afla în hipnoză (aceasta din urmă se răzbună în mod inconştient pe terapeut – figura tatălui – pentru că nu a sedus-o).

• *Transferul de tip fratern*

Adesea, pacientul dezvoltă în hipnoză o trăire de tip rivalitate fraternă.

Erika Fromm relatează cazul unei paciente care nu putea intra decât într-o transă uşoară în cabinetul terapeutului. Această pacientă a rugat-o s-o înveţe autohipnoza. Rezultatul a fost că pacienta relata că acasă, practicând autohipnoza, ea putea atinge o transă mult mai profundă. La o analiză mai atentă a reieşit un sentiment de rivalitate fraternă: „eu pot să fac asta mai bine decât o faci tu."

Problema se pune dacă este util să interpretăm rivalitatea fraternă a pacientului aflat în hipnoză. Majoritatea terapeuţilor consideră că e mai util să nu o facem, pentru că pacientul se va simţi jenat şi culpabil.

Dacă în psihanaliză se analizează în detaliu toate componentele transferului, în hipnoanaliză e mai bine să nu conştientizăm chiar fiecare sentiment inconştient care îşi face apariţia (Fromm, 1968).

Specialiştii consideră că este mai constructiv să utilizăm sentimentele legate de situaţia transferenţială decât să le analizăm cu orice preţ. De pildă, Erika Fromm laudă pacienta aflată în heterohipnoză pentru succesele obţinute de ea în autohipnoză. Terapeutul îi spune că este foarte fericit că ea a învăţat să se ajute singură intrând în transă prin autoinducţie.

Terapeutul îi sugerează, de asemenea, în heterohipnoză, că ea va intra într-o transă din ce în ce mai profundă prin autohipnoză şi că, în această situaţie, îi vor reveni în minte tot felul de amintiri şi imagini care vor arunca o lumină nouă asupra problemelor sale. Aceste imagini vor furniza un material tot mai bogat pentru viitoarea şedinţă de hipnoanaliză.

• *Analiza viselor*

După cum am mai arătat, Freud (1953) a denumit visele nocturne „calea regală spre subconştient".

Din punct de vedere psihanalitic, visul este considerat ca o încercare a ego-ului de rezolvare a problemelor inconştiente ale subiectului.

French şi Fromm (1964) au arătat că visul reprezintă o reacţie la un conflict cât şi o expresie a unui conflict de natură subconştientă. Orice vis nu este altceva decât o încercare mai mult sau mai puţin izbutită de a rezolva conflictul.

Psihanalistul sau hipnoanalistul care încearcă să interpreteze un vis se află în situaţia unui cercetător care se străduieşte să descifreze hieroglifele dintr-un text. Acest mesaj trebuie tradus în codul specific stării conştiente (de veghe). Demersul terapeutului se concretizează în decodificarea simbolurilor pentru a le face accesibile mentalului conştient al pacientului.

În ceea ce priveşte interpretarea viselor, hipnoanalistul are un mare avantaj faţă de specialistul în psihanaliză clasică. Psihanalistul trebuie să aştepte, uneori săptămâni, pentru ca pacientul să relateze visele sale. În acelaşi timp, psihanalistul clasic se confruntă mereu cu problema că marea majoritate a conţinutului viselor – chiar şi a celor pe care pacientul şi le aminteşte – a fost refulat, uitat, reprimat.

În schimb, hipnoza pune la dispoziţie o serie de mijloace care facilitează şi optimizează lucrul asupra viselor. Astfel:

- Hipnoanalistul are posibilitatea să invoce visele în timpul şedinţei de hipnoză. Aceste vise pot fi relatate imediat de către pacient.
- Hipnoanalistul poate sugera pacientului faptul că el are „un vis legat de o problemă anume sau de un conflict" pe care vor încerca să-l rezolve împreună.
- Dacă pacientul nu a ajuns la o soluţie prin intermediul visului, hipnoanalistul îi poate sugera faptul că el revizează visul şi încearcă să se confrunte încă o dată cu problema sa într-o manieră diferită şi la un nivel diferit. Terapeutul poate să-l încurajeze pe pacient, sugerându-i că va găsi o soluţie mai bună dacă va încerca să reviseze visul (Sacerdota, 1967).
- De asemenea, terapeutul îi poate sugera pacientului că este capabil să înţeleagă semnificaţiile şi simbolismul propriilor vise din ce în ce mai bine, pe măsură ce trece timpul. Hipnoanalistul dispune şi de mecanismul sugestiei posthipnotice. Astfel, el poate sugera pacientului că va visa o serie de vise importante, semnificative pentru problematica sa. Se poate sugera că, deşi este posibil ca aceste vise să fie uitate, ele vor reveni în conştiinţa pacientului imediat ce acesta va intra în cabinetul psihoterapeutului. Astfel, terapeutul poate explora şi interpreta împreună cu pacientul său întreg conţinutul viselor. În felul acesta se analizează vise complete şi nu doar fragmente pe care eventual şi le aminteşte pacientul.

Adesea, în timpul şedinţei de hipnoanaliză, când i se dă pacientului sugestia să viseze, acesta poate reproduce în mod spontan un vis nocturn semnificativ, care fusese refulat. În acelaşi timp, el poate produce un vis diurn care are semnificaţii psihologice ce pot fi interpretate.

Hipnoanaliza mai are şi alte avantaje comparativ cu psihanaliza clasică. Astfel, atunci când pacientul se află în hipnoză, mai ales într-o hipnoză profundă, terapeutul se poate adresa direct inconştientului subiectului prin utilizarea unor tehnici specifice, dintre care amintim tehnica imaginaţiei dirijate sau regresia de vârstă.

În astfel de situaţii, inconştientul pacientului poate furniza răspunsuri nemijlocite. Datorită acestui fapt, hipnoza poate aduce îmbunătăţiri rapide în comportamentul pacienţilor.

Tehnica hipnoanalitică se utilizează pentru descoperirea şi interpretarea conflictelor inconştiente. Odată ce terapeutul identifică un conflict de natură inconştientă, el trebuie să-l ajute pe subiect să-l rezolve. În acelaşi timp, hipnoanalistul trebuie să-l conducă pe pacient în aşa fel încât să vadă care este sursa luptelor sale interne şi să fie capabil să-şi reorganizeze mecanismele personalităţii sale astfel încât să ajungă la o formulă de viaţă productivă şi plăcută.

Scopul final al hipnoanalizei este facilitarea maturizării şi creşterii psihice a pacientului. În afara asociaţiilor libere şi a analizei viselor, hipnoanaliza utilizează şi alte tehnici cum ar fi:

- **Tehnica imaginaţiei dirijate** (Fromm, 1984)

Psihanalistul Heinz Hartamann (1958) sublinia faptul că există două feluri de imaginaţie:

a) imaginaţia simbolică, reprezentând o strategie cognitivă a egoului inconştient;

b) imaginaţia de testare a realităţii, menită să asigure planificarea viitoarelor situaţii cu care subiectul este confruntat (ce va face sau ce va spune subiectul într-o situaţie dificilă).

Hipnoterapeutul utilizează ambele tipuri de imaginare. Astfel, el recurge la imaginarea de tip simbolic atunci când, doreşte, de pildă, să simbolizeze pocesul evoluţiei pacientului de la o boală spre starea de sănătate printr-un râu tumultos pe care pacientul trebuie sa-l traverseze sau printr-un munte pe care acesta urmează să-l urce.

Imaginarea care are drept scop testarea realităţii poate fi utilizată, de pildă, atunci când avem de-a face cu o fobie cum ar fi fobia zborului cu avionul. Hipnoterapeutul poate descrie pacientului treaptă cu treaptă drumul său spre aeroport, intrarea în aeroport, predarea bagajelor, trecerea pe la organele de control ale aeroportului, îmbarcarea, călătoria cu avionul în timpul căreia subiectul îşi imaginează că citeşte o carte atât de interesantă, încât ignoră disconfortul zborului.

Apelând la antrenamentul mental al unor situaţii psihotraumatizante în stare de hipnoză, terapeutul îl poate ajuta pe pacient să obţină un bun control asupra realităţii.

Prin hipnoterapie pacientul ajunge să transfere sentimentul de succes din cadrul unor situaţii imaginare asupra unor situaţii reale (Frankl, 1976).

Un alt concept utilizat în cadrul hipnoanalizei este cel de „ego ideal".

Psihologia psihanalitică face diferenţa dintre supraeu sau conştiinţă şi eul ideal. Supraeul stabileşte norme-graniţe-limite, în timp ce eul ideal stabileşte scopuri (Stolar şi Fromm, 1975).

Ego-ul ideal reprezintă ceea ce un individ doreşte sau visează să devină. Dacă cineva nu-şi atinge nivelul de aspiraţii, el trăieşte sentimente de jenă şi culpabilitate pentru că nu a ajuns atât de competent şi atât de perfect cât şi-ar fi dorit.

Hipnoanalistul îl poate ajuta pe pacient să aducă ego-ul ideal la şedinţa de terapie ca şi cum acesta ar fi real. De pildă, poate sugera pacientului că un individ care arată exact ca el intră în încăpere, se aşază pe un alt fotoliu şi povesteşte cum a făcut el faţă în mod eficient şi competent acelor situaţii care îl preocupă pe pacient. Apoi se poate sugera în continuare că pacientul se contopeşte, devine una cu acel personaj eficient.

5.2. **Tehnici avansate ale hipnoanalizei** (Hartland, 1979)

• *Tehnica scrisului automat.* Se plasează un creion în mâna pacientului aflat în transă şi i se sugerează că mâna şi braţul său sunt complet detaşate de corp şi nu-i mai aparţin. I se sugerează apoi să scrie fără să-şi dea seama de ceea ce scrie. Produsul este adesea indescifrabil (fraze incomplete, litere fragmentate etc.). Dacă pacientul poate deschide ochii fără să-şi întrerupă transa, el poate fi solicitat să scrie corect, utilizând tehnica scrisului automat. Dacă acesta nu poate deschide ochii fără să se trezească, i se poate sugera, posthipnotic, că sensul cuvintelor scrise de el i se va clarifica după ce se va trezi. Această sugestie duce la eliminarea dificultăţilor de intrepretare a materialului. Deşi primele încercări pot eşua, prin antrenament subiectul ajunge să stăpânească tehnica. Mulţi pacienţi o pot utiliza în transă uşoară, dezavantajul acestora constând în aceea că ei n-au posibilitatea

să surprindă semnificaţia ascunsă a ceea ce au vrut să comunice, aşa cum se întâmplă cu cei aflaţi în transă profundă. Acest dezavantaj se explică prin accesul mai limitat la zonele profunde ale psihismului în transă uşoară.

• *Desenul hipnotic.* Rezultate bune se obţin numai în măsura în care pacientul atinge o stare de transă profundă, de tip somnambulic, fiind în stare să deschidă ochii fără să se trezească. Pacientul poate fi instruit să deseneze ce doreşte sau i se poate sugera ce să deseneze (frecvent, tematica desenului poate izvorî din informaţiile cuprinse în asociaţiile libere). În desen, pacientul reflectă uneori atitudinea sa inconştientă faţă de familie şi chiar faţă de terapeut. În unele cazuri, el poate fi solicitat să-şi ilustreze visele sau trăirile care îl domină. Tehnica dă rezultate dacă este combinată cu regresia de vârstă când pacientul, regresat, îşi ilustrează mai uşor decât la vârsta adultă atitudinile şi sentimentele.

• *Terapia prin joc.* Şi în acest caz, pacientul trebuie să fie capabil să deschidă ochii fără a ieşi din transă. Numeroase rezistenţe manifestate de adulţi faţă de această terapie sunt înlăturate în stare de hipnoză. De îndată ce pacientul aflat în hipnoză îşi dă seama că nu trebuie să aştepte pasiv indicaţiile terapeutului, el se joacă cu multă plăcere pentru a exprima agresivitatea şi gelozia inconştiente faţă de părinţi, fraţi sau alte persoane. Materialul constă în păpuşi ce reprezintă un bărbat şi o femeie, un bătrân şi o bătrână, un băiat şi o fetiţă de circa 10 ani, un băiat şi o fetiţă de 4 ani şi un bebeluş. Sunt prezente, de asemenea, animale, mobilier, un pat mare, tren, maşini, arme, soldaţi, cât şi hârtie, creioane şi plastelină. Pacientului i se spune să construiască şi să se joace cum îl place, dar să povestească ceea ce face. Uneori, terapeutul alege ceea ce trebuie făcut pe baza materialului obţinut din asociaţiile libere. Dacă terapeutul a sesizat conflictele esenţiale din viaţa pacientului, ulterior el îl va regresa la acea vârstă.

• *Tehnica dramatică.* În hipnoză profundă rezistenţele la dramatizare sunt înlăturate. Pacientul este instruit să reproducă, în stare de hipnoză, incidentele dramatice din cursul existenţei sale şi să retrăiască pe plan emoţional situaţiile şi experienţele anterioare. În transă pro-

fundă el face acest lucru cu atâta forţă de sugestie ca şi cum ar retrăi cu adevarat experienţa respectivă. Adesea, experienţa este atât de intensă şi puternică, încât se produce o adevărată abreacţie. Cel mai dramatic exemplu de abreacţie apare în tratamentul nevrozelor de război, când pacientul trăieşte atât de puternic situaţia, el mimând chiar mitralierea inamicilor. Dacă tehnica e combinată cu regresia de vârstă, ea devine şi mai eficientă. Terapeutul poate asista pasiv la scenă, dar uneori este necesar ca el să intervină accentuând una sau alta din caracteristicile situaţiei respective. Tehnica se dovedeşte deosebit de utilă mai ales pentru exoprimarea deschisă a agresivităţii şi ostilităţii.

• *Regresia de vârstă*. Pacientului i se sugerează că are o altă vârstă decât cea reală, de regulă mai mică. În timpul hipnozei pot fi induse două tipuri de regresie (Hartland, 1979):

a) În cadrul primului tip, pacientul acţionează în conformitate cu propria reprezentare asupra modului cum era el la vârstă mai mică. El se comportă aşa cum crede că ar fi făcut-o în calitate de copil la vârsta respectivă. Aceasta este un fel de simulare a unei perioade trecute (pseudoregresie).

b) În al doilea tip de regresie se produce o întoarcere reală la o perioadă timpurie de vârstă, cu o reactivare a modelelor de comportament existente la timpul respectiv. Chiar şi terapeutul primeşte rolul unei persoane din perioada respectivă de viaţă a pacientului: învăţător, părinte, rudă. Aceasta este regresia de vârstă în adevăratul sens al cuvântului, în care pacientul are acces la amintiri şi trăieşte evenimente şi stări care au fost reprimate. Regresia de vârstă se combină, de regulă, cu celelalte tehnici de hipnoanaliză. Pentru regresia adevărată este necesară o transă de tip somnambulic (deci pacienţi cu grad mare de hipnotizabilitate). Există două metode pentru a obţine regresia de vârstă:

1) *Tehnica confuziei*: pacientul, aflat în stare de hipnoză, este treptat dezorientat cu privire la timpul şi locul în care se află (ziua, săptamâna, luna şi în cele din urmă anul). Când ajunge într-o stare de confuzie este reorientat spre perioada de vârstă dorită. Atunci când se pune problema investigării unui anumit simptom, i se cere să şi-l amintească şi să retrăiască timpul şi locul când a apărut pentru prima oară simptomul respectiv (cu cât mai multe detalii).

2) Cu subiecţii foarte buni se poate trece direct la sugerarea vârstei dorite fără dezorientarea prealabilă. Se va folosi o *tehnică de numărare* şi i se va spune pacientului ca el se va întoarce înapoi în trecut şi se va simţi ca şi cum ar trăi din nou perioada sugerată. Pentru exemplificare prezentăm următorul instructaj: „Eşti foarte relaxat, calm, liniştit. Acum vom încerca să adâncim tot mai mult starea de relaxare. Pe măsură ce mă asculţi te vei întoarce tot mai mult în trecut şi vei trăi „situaţia X" (este vorba de situaţia în care a apărut simptomul, problema, conflictul). Eu voi număra până la 10 şi, când voi ajunge la 10, te vei reînotarce în timp când aveai vârsta de 10 ani. Acum voi începe să număr şi pe măsură ce număr te întorci în timp, te întorci în timp tot mai mult. 1,2 – simţi cum devii tot mai mic, din ce în ce mai mic; 3,4 – mâinile şi picioarele tale devin tot mai mici, din ce în ce mai mici, ca atunci când aveai 10 ani; 5,6 – devii tot mai mic, şi mai mic, mâinile şi picioarele sunt tot mai mici; 7,8 – te întorci şi devii ca atunci când aveai 10 ani; 9,10 – te întorci în timp şi eşti ca atunci când aveai 10 ani. Eşti îmbrăcat ca atunci. Îţi aminteşti clar camera, lucrurile din jur. Le poţi vedea cu multă claritate, parcă ar fi adevărate. Îndată ce simţi că eşti la vârsta de 10 ani ridică braţul."

Înainte de trezire, pacientului i se spune că va uita tot ce s-a întâmplat şi că atunci când va fi suficient de puternic pentru a suporta adevărul, întâmplările respective îi vor reveni treptat în memorie.

Capitolul 6

ORIENTĂRI MODERNE ÎN HIPNOTERAPIE

6.1. **Hipnoterapia de orientare ericksoriană**

Principiile terapiei lui Milton Erickson pot fi găsite mai ales în lucrările discipolilor săi, Haley şi Rossi (1973, 1980). Strategia terapeutică a lui Erickson are în vedere înlăturarea simptomului şi crearea la pacient a unor expectaţii pozitive referitoare la vindecare. Ea contribuie la reducerea disonanţei cognitive şi favorizează evoluţia pacientului spre starea de sănătate. Erickson nu situează la baza psihoterapiei sale o teorie a personalităţii, ci este de părere că teoriile asupra personalităţii îngrădesc posibilitatea psihoterapeutului de a conceptualiza mecanismele psihopatologice puse în acţiune de pacient. De aceea, Erikson elaborează o nouă teorie asupra personalităţii pentru fiecare din pacienţii săi. Această nouă teorie ţine seama de identitatea, starea psihică, nevoile, dorinţele, tendinţele şi forţele psihice ale pacientului.

Psihoterapia ericksoriană are la bază câteva principii derivate din teoria influenţării sociale a comportamentului:

1. Psihoterapia reprezintă o interacţiune între pacient şi terapeut, în care terapeutul are ascendent şi putere asupra pacientului.

2. Terapeutul este cel care ghidează pacientul să-şi examineze problemele într-o nouă lumină.

3. Terapeutul trebuie să-l convingă pe pacient că psihoterapia lucrează chiar şi atunci când nu se evidenţiază modificări obiective în comportamentul acestuia.

Gill şi Beahrs descriu modelul de interacţiune terapeut – pacient specific terapiei ericksoriene astfel: Terapeutul observă modul în care pacientul comunică la toate nivelurile. Deci, urmăreşte modul în care gândeşte pacientul, ce constructe verbale foloseşte, ce patternuri de comunicare nonverbală utilizează (auditive, vizuale, kinestezice). Terapeutul trebuie să lucreze cu pacientul lui atât la nivel conştient, cât şi inconştient. El adună informaţii de la ambele niveluri şi încearcă

să le sintetizeze. Terapeutul trebuie să-l manipuleze pe pacient astfel încât modificările suferite de acesta să fie egosintonice şi să producă schimbări pozitive sub aspect interacţional. Terapeutul are menirea de a utiliza forţele latente de natură subconştiente care nu reprezintă doar un depozit de emoţii, impulsuri, tendinţe refulate şi experienţe negative, ci mai curând o sursă de energie şi forţă rezultată din experienţa cu care a venit pacientul în contact. Subconştientul ar avea deci capacitatea de a crea modele de comportament, modele cognitive care depăşesc expectaţiile obişnuite ale pacientului.

În finalul psihoterapiei trebuie să se realizeze o structură unică ce îmbină tipurile de cogniţie conştientă şi subconştientă, care să reprezinte un tot unitar, specific armoniei individului şi relaţiilor lui cu mediul.

După Erickson, simptomul are rolul de a menţine echilibrul psihic al pacientului, iar înlăturarea lui presupune o restructurare profundă a psihicului pacientului. În transa terapeutică, terapeutul trebuie să ţină seama de faptul că subiectul nu va încorpora sugestii cu caracter ofensiv si distonic; de asemenea, terapeutul trebuie să ţină seama de modul în care s-a format simptomul, de scopul căruia îi servesc aceste motivaţii, de stilul cognitiv şi de sistemul fundamental de reprezentare cu care operează pacientul.

Are loc un proces de învăţare de natură inconştientă, în cadrul căreia ego-ul critic este estompat. Atenţia pacientului trebuie ghidată spre realităţile interioare, urmărindu-se modificarea unor patternuri habituale de control ale acestuia. Deci, se vizează schimbarea modului în care pacientul îşi acceptă fluxul propriilor asociaţii interne.

Transa terapeutică a lui Erickson are o anumită specificitate ce rezidă în:

– Utilizarea conversaţiei uzuale care conţine sugestii indirecte de intrare în transă.

– Folosirea confuziei ca tehnică ce sparge tiparele şi sistemul de referinţă obişnuit ale pacientului. Încercând să urmărească instrucţiunile ambigue date de terapeut, emisfera cerebrală dreaptă se activează, ceea ce are drept rezultat modificarea sistemului de imagini şi a funcţionării diverselor modalităţi senzoriale.

– Folosirea surprizei – este asemănătoare cu folosirea confuziei şi produce o modifcare bruscă a modului obişnuit de funcţionare psihică a pacientului.

– Utilizarea unor întrebări care conţin în sine sugestii directe şi indirecte în legătură cu hipnoza.

– Direcţionarea atenţiei asupra unor aspecte interne ale organismului (exemplu: „mă întreb cu cât este mai greu braţul drept faţă de cel stâng?").

– Utilizarea subconştientului în scopul explorării conflictelor interioare ale subiectului. Subconştientul este implicat în demersul terapeutic în sensul că el „dă voie" pacientului să intre în transă şi acceptă modificările în sfera cognitivă şi comportamentală (exemplu: „mintea ta subconştientă ştie mai bine când şi de ce a apărut problema şi când te vei schimba").

– Utilizarea acceptării pasive de către pacient (exemplu: „nu este nevoie să fii atent la vocea mea..., să acorzi atenţie senzaţiei de greutate care îţi cuprinde tot mai mult braţul").

– Utilizarea unor experienţe din copilăria pacientului – acesta este invitat să-şi reamintească de perioada când obişnuia să viseze cu ochii deschişi.

Erickson utilizează şi diferite tehnici de inducţie hipnotică, dintre care enumerăm: inducţia prin fixarea privirii, tehnica levitaţiei braţului şi alte mecanisme nonverbale de inducţie (modificări în tonul şi ritmul vocii, specularea efectului monotoniei: spune o poveste, încă o poveste şi încă o poveste până când subiectul intră în transă în mod spontan). El foloseşte şi tehnica provocării (exemplu; „preferi să intri în transă acum sau peste cinci minute?"), tehnica semnalului ideomotor, precum şi utilizarea unui set de întrebări la care pacientul nu poate să răspundă decât prin DA; exemplu: „îţi aduci aminte de perioada când aveai 10 ani şi ţi se întâmpla să vezi cum plutesc norii pe cer?"; „au fost perioade în copilăria ta când nu ştiai precis de ce ai făcut un anumit lucru?"; „îţi aminteşti drumul parcurs astăzi până la cabinet?". Prin astfel de întrebări la care pacientul nu poate să răspundă decât prin DA apare setul mental de răspunsuri pozitive pe care le va da şi în continuare, pacientul fiind astfel silit să coopereze.

Obiectivul acestei psihoterapii constă în încurajarea comportamentelor centrate pe scop, care sunt în acord cu nevoile interne ale subiectului: bunăstarea fizică şi psihică, interacţiuni sociale benefice.

Pe baza principiilor psihoterapiei ericksoriene a luat naştere psihoterapia strategică a lui Haley. Psihoterapia strategică include acele demersuri psihoterapeutice în cadrul cărora terapeutul îşi asumă responsabilitatea de a dirija pacientul şi-i propune modalităţi concrete de realizare a schimbării. Principiile psihoterapiei strategice au fost enunţate de Nixon în 1979:

– Terapeutul are nevoie de un motiv pentru toate demersurile sale. el defineşte problema, planifică intervenţia, evaluează consecinţele, acceptă responsabilitatea tratamentului – toate acestea în timp ce neagă că ar avea vreo responsabilitate pentru modificările apărute în comportamentul pacientului.

– Terapeutul trebuie să identifice stilul cognitiv al pacientului, modul lui de percepere a realităţii şi raţiunile complexe care determină menţinerea simptomului.

– Terapeutul trebuie să fie conştient de faptul că un comportament simptomatic are un caracter circular şi repetitiv.

– Se consideră că pacienţii sunt motivaţi să se schimbe, ca dovadă venirea lor la psihoterapie, dar motivaţia poate să nu fie cea pe care o afirmă sau gândesc ei.

– Deşi pacientul a afăcut încercări repetate de a-şi rezolva singur problema, acestea au eşuat. Terapeutul trebuie să manifeste înţelegere şi să încurajeze aceste eforturi. În plus, mulţi pacienţi simt nevoia să-şi spună istoria vieţii. Asemenea manifestări trebuie încurajate de terapeut pentru că ele oferă posibilitatea familiarizării cu simbolisitica verbală a pacientului, cu modul lui de a vedea lucrurile şi cu comportamentul său.

O problemă importantă a acestor terapii o constituie depăşirea rezistenţelor pacientului. Se observă că terapiile prea directe pot determina activarea mecanismelor de apărare şi a rezistenţelor. În schimb, o abordare indirectă vădeşte respect faţă de problema pacientului, faţă de simptom şi motivele menţinerii acestuia. Psihoterapia strategică este o terapie indirectă caracterizată prin faptul că utilizează chiar simptomul care funcţionează atât la nivel conştient, cât şi subconştient şi se exprimă simbolic prin structurile lingvistice utilizate de pacient.

Tehnici concrete de înlăturare a simptomului ce aparţin psihoterapiei strategice:

– Utilizarea simptomului – această tehnică nu neagă existenţa simptomului şi nici dreptul pacientului de a-l avea. Exemplu: în cazul unui pacient psihotic delirant ce se credea Isus, Erickson a recomandat o terapie ocupaţională în meseria de dulgher; unui pacient cu dureri cronice i s-a recomandat angajarea în discuţii şi prelegeri cu privire la durere.

– Tehnica programului sau a orarului – prin intermediul acestei tehnici, pacientul primeşte în mod indirect dreptul de a-şi controla simptomul; exemplu: „mâine seară între 8 şi 9, la alegerea ta, timp de 10 minute o să ai o durere în tot capul şi nu doar în zona cefei, aşa cum se întâmplă de obicei."

– Învăţarea pacientului cum să-şi folosească mai bine simptomul pentru a obţine beneficii secundare; exemplu: unui copil enuretic, terapeutul i-a spus că nu trebuie să urineze în pat decât atunci când vrea să-şi enerveze mama, atrăgându-i atenţia asupra lui.

– Tehnica programării simptomului. În stare de hipnoză se poate programa timpul când va dispărea simptomul, se poate negocia intensitatea lui sau se poate muta un simptom dintr-o parte a corpului în alta. Pacientul are posibilitatea să comunice prin tehnica scrisului automat cât va dura simptomul şi când va dispărea.

– Oferirea unei alternative mai rele decât simptomul. I se propune pacientului să-şi provoace declanşarea simptomului, ceea ce-i conferă un anumit control asupra acestuia, cu menţiunea că subiectul trebuie să fie pus în situaţia de a-l abandona. Exemplu: unui pacient cu insomnie, terapeutul îi propune ca în nopţile în care nu poate să doarmă să ceruiască parchetul.

– Prescrierea simptomului (directă sau indirectă) – are următoarele scopuri: a) simptomul poate fi trăit la nivel comportamental fără efectele psihologice care îl însoţesc de obicei (anxietate, depresie, culpabilitate); b) simptomul poate fi experimentat în plan psihologic fără a fi realizat efectiv în plan comportamental. Prescrierea directă a simptomului îi oferă pacientului posibilitatea de a-l controla: „poate că

mai ai ceva de învăţat de la vechea dumitale depresie, aşa că este bine să o simţi această săptămână".

– Tehnica reintrepretării – psihoterapeutul abordează suportiv pacientul şi îi oferă interpretări ale unor mecanisme subconştiente care stau la baza apariţiei şi formării simptomului. Exemplu: „Se pare că durerea dumitale de la umăr ascunde multă nemulţumire. Deşi pari fericită că te căsătoreşti, de fapt eşti ambivalentă."

– Tehnica câştigării simpatiei pacientului. Erickson o denumeşte tehnica flatării si are drept scop de a-l face pe pacient să-şi privească simptomul într-o lumină nouă. Exemplu: „Doamnă, deşi aveţi 90 kg, modul de dispunere a grăsimii vă poate face să păreţi sexy." La aceasta se adaugă şi tehnica sublinierii unor asemănări pacient - terapeut („şi mie mi s-a întâmplat acelaşi lucru").

– Tehnica provocării. Se aplică în cazul în care pacientul vine la psihoterapie, dar nu pare destul de motivat pentru a se schimba (exemplu: „mă întreb dacă vei fi în stare să faci cu adevărat acest lucru?").

– Tehnica similitudinii de cazuri. Se aplică în situaţia în care pacientul este rezistent la psihoterapie. Se poate aranja cu un coleg terapeut ca acesta să intre în cabinet sau să sune la telefon pentru a discuta un caz similar cu cel al pacientului. Astfel, pacientul primeşte feed-back-uri directe prezentate indirect, creindu-i-se iluzia că ideile referitoare la schimbare şi noile soluţii îi aparţin lui, nu terapeutului.

– Strategia „terapeutul este foarte ocupat" – aceasta măreşte expectaţiile pacientului care îşi dă seama de faptul că terapeutul lui este foarte bun şi foarte solicitat. Terapeutul fixează întâlniri la ore şi zile dificile (de exemplu: duminica la ora 7).

– Tehnica temelor pentru acasă şi a exerciţiilor dificile aplicabilă mai ales pacienţilor foarte rezistenţi. Terapeutul îi poate cere pacientului să scrie istoria vieţii cu multe detalii sau îl poate supune la teste lungi şi plictisitoare de mai multe ori pe zi.

– Încurajarea recăderilor – dacă pacientul a progresat prea repede şi terapeutul bănuieşte că s-ar putea produce o recădere, el îi dă următoarele instrucţiuni: „N-ai mai suferit de multă vreme de depresie. Poate ar fi bine ca săptămâna viitoare să fii deprimat timp de o oră pentru că este posibil să mai ai ceva de învăţat de la depresia ta."

Terapeutul trebuie însă să fie atent ca această tehnică să nu conducă la o profeţie autoîmplinită.

– Încurajarea reacţiei prin frustrarea ei – se încurajează un anumit comportament prin formulări care contravin comportamentului respectiv. Exemplu: „Mi-ai spus multe lucruri despre tine, dar mi-ai ascuns ceva. Vreau să nu-mi spui acel lucru decât atunci când vei fi pregătit s-o faci."

– Substituţia de simptom – se citează cazul unui candidat ce-şi pregătea teza de doctorat şi a făcut un blocaj sever (el nu putea să citească nimic în legătură cu teza). Erikson în hipnoză a negociat cu subconştientul pacientului care a permis ca ori de câte ori acesta deschide o carte legată de teză să-i amorţească degetul mic de la mâna stângă."

– Utilizarea simbolurilor şi ritualilor în psihoterapie – sugerarea schimbării fără discuţii deschise cu pacientul îi dă acestuia iluzia că deţine controlul asupra situaţiei şi că el este cel care lucrează asupra lui. Haley citează cazul unei paciente cu halucinaţii chinestezice. În hipnoză, pacienta a relatat că este convinsă de prezenţa tatălui decedat. În acest caz, terapeutul a indicat practicarea unui ritual religios. Haley menţionează şi cazul unei paciente cu dureri mari şi crampe premenstruale, fără cauză organică. În acest caz, terapeutul care a intuit că pacienta doreşte în mod inconştient să atragă atenţia asupra sa, a recomandat pacientei următoarele: „Cu două zile înainte de ciclu să-şi cumpere o rochie roşie foarte frumoasă pe care să o poarte în prima zi a ciclului. Terapeutul i-a mai dat şi instrucţiuni cu privire la machiaj şi coafură. În mod surprinzător, simptomele au dispărut ca prin farmec."

6.2. **Hipnoza în psihoterapia de familie**

Psihoterapia de familie a debutat în 1950 ca mişcare terapeutică independentă. Unii autori îl consideră ca precursor pe Freud (care l-a implicat pe tată în tratamentul fobiei faţă de cai la un copil), alţii pe Fluegel şi Adler (s-au ocupat de problemele neuropsihiatriei infantile, la şedinţele de psihoterapie fiind prezenţi şi părinţii). Dar preocupările lor s-au îndreptat mai ales asupra modului în care familia influenţează

individul şi nu asupra familiei ca sistem. Actuala psihoterapie de familie pledează pentru o abordare mai holistică, afirmând existenţa unor influenţe reciproce între membrii familiei.

Bateson 1986 este de părere că aceste interacţiuni din familie sunt ilustrate şi de situaţiile extreme (exemplu: când un membru al familiei schizofren începe să se simtă mai bine, un alt membru al familiei va avea probleme).

Psihoterapia de familie este puternic influenţată de teoria generală a sistemelor în sensul că ea defineşte familia ca pe un ansamblu de elemente (indivizi) aflate în interacţiune.

Când abordăm familia trebuie să avem în vedere următoarele subsisteme:

1. Intrapersonal – subdivizat didactic în sistemele instrapsihic şi somatic.

2. Interpersonal – cuprinde anumite subcomponente: a) cuplul – fiecare partener aduce în relaţia interpesonală istoria vieţii sale, nevrozele, problemele somatice. Toate acestea influenţează modul de interacţiune dintre cei doi parteneri care urmăresc atât menţinerea propriului echilibru, cât şi pe cel al cuplului; b) copiii – care au propriul lor sistem ce interacţionează cu fiecare părinte în parte si cu cuplul în ansamblu. La acestea se adaugă şi interacţiunea cu ceilalţi copiii şi cu sistemul intrapersonal.

3. Societatea – interacţionează şi exercită presiuni asupra tuturor tipurilor de relaţii.

Deci, fiecare sistem interacţionează şi exercită presiuni asupra tuturor tipurilor de relaţii.

Astfel, fiecare sistem interacţionează cu celelalte, la diverse niveluri, prin mecanisme de bio-feed-back negativ (care contribuie la menţinerea homeostaziei sistemului) şi bio-feed-back-ului pozitiv (acţiuni de fugă din sistem).

Exemplu: un adolescent ce consumă droguri are o interrelaţie bazată pe bio-feed-back pozitiv cu părinţii care îl face să se izolele tot mai mult de ei. El utilizează drogul pentru a se stabiliza intrapsihic. (bio-feed-back negativ) şi pentru a-şi consolida relaţiile cu colegii. Comportamentul lui îi face pe părinţi să se simtă mai legaţi unul de

altul (bio-feed-back negativ) şi îi împiedică să-şi exteriorizeze propriile conflicte (acestea presupune un bio-feed-back pozitiv potenţial).

Utilizarea hipnozei în psihoterapia de familie poate determina o stare de calm în familie, cei implicaţi conştientizând faptul că o stare mai bună poate fi atinsă prin explorarea mecanismelor ce stau la funcţionării sistemului şi prin soluţionarea conflictelor, prin ajutarea membrilor familiei să formuleze noi opţiuni în sfera comportamentală şi să întărească aceste opţiuni. Toate acestea duc la stabilirea unui nou echilibru al sistemului familial. Kramer (1968) descrie patru stiluri de bază ale interacţiunii familiale:

a) Familia care face front comun, căsătoria este armonioasă la nivel manifest, terapia fiind indicată pentru că unul din copii este simptomatic. Frecvent în cadrul acestui tip de interacţiune familială se urmăreşte rezolvarea problemei copilului fără să se supună şi restul familiei la terapie.

b) Mariajul supraadecvat – subadecvat reprezintă tipul de relaţie în cadrul căreia unul din membrii cuplului deţine o poziţie superioară. partenerul cu poziţie inferioară are simptome, iar cel cu poziţie superioară este sănătos. Când cel dintâi începe să se simtă bine, relaţia cu celălalt partener devine încordată.

c) Mariajul conflictual, caracterizat prin conflict şi luptă deschisă. Conflictul poate servi pentru menţinerea apropierii şi interacţiunii în cadrul căreia membrii cuplului se simt confortabil. În plus, conflictul mai poate fi utilizat pentru evitarea situaţiilor caracteristice marlajului supraadecvat.

d) Mariajul de tip mixt combină două sau mai multe din tipurile de interacţiune descrise anterior.

Stilurile de bază funcţionează în direcţia menţinerii homeostaziei sistemului familial, care manifestă rezistenţă la schimbare.

Psihoterapia de familie îşi propune să ajute familia prin membrii ei, să ajungă la un nou mod de homeostazie care să fie în acord cu scopurile de viaţă şi nevoile membrilor familiei.

Spre deosebire de grupul supus psihoterapiei, membrii familiei se află aproape tot timpul împreună. Deci este evident că le vine greu să înlăture barierele, să se încurajeze reciproc, să-şi elimine inhibiţiile şi apoi să revină la comportamentul de acasă. În aceste condiţii, sin-

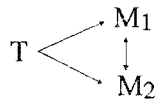
gura modalitate de a face faţă avalanşelor de stări afective o reprezintă disocierea celor două situaţii: cea de psihoterapie şi cea de viaţă cotidiană.

După Braun (1978, unul din scopurile principale ale hipnozei în terapia de familie este acela de a oferi familiei posibilitatea unei experienţe agreabile – relaxarea. După Braun, experimentând împreună relaxarea, membrii familiei pot căpăta mai multă încredere unii în alţii. În plus, experienţa hipnotică îi poate ajuta pe membrii familiei să intre în acord cu ei şi cu ceilalţi, să devină mai receptivi faţă de problemele partenerilor lor (dacă un membru al familiei are dificultăţi de exprimare a sentimentelor, celălalt îl poate ajuta exprimând în locul lui sentimentele). Se constată că nu există contraindicaţii absolute ale hipnozei în psihoterapia de familie, ci doar unele relative care ţin de abilitatea hipnoterapeutului şi de cunoştinţele lui în domeniul psihoterapiei de familie. În acest sens, hipnoterapeutul trebuie să fie gata să facă faţă unor informaţii neaşteptate sau unor abreacţii puternice pentru că relaxarea conduce la slăbirea barierelor şi cenzurii. El trebuie să ştie că se pot produce regresii de vârstă spontane la copii în prezenţa părinţilor (părinţii par să devină un stimul care facilitează regresia). Terapeutul trebuie să manevreze aceste fenomene şi să rămână calm şi stăpân pe sine. El utilizează relaţia hipnotică pentru a-i face pe ceilalţi să-şi păstreze calmul în timp ce el lucrează cu un membru al familiei care prezintă simptomul principal.

O altă contradicţie relativă a hipnozei în psihoterapia de familie are în vedere structura de personalitate a pacientului. Nu se recomandă utilizarea hipnozei la pacienţii isterici sau borderline. În această situaţie, prezenţa familiei accentuează riscul şi poate precipita declanşarea unei crize. La pacienţii borderline riscul cel mai mare este declanşarea de reacţii psihotice atunci când mecanismele de apărare ale ego-ului slăbesc iar materialul refulat iese la suprafaţă. Un alt risc îl constituie abandonarea terapiei datorită interpretării eronate a unei relaţii hipnotice mai apropiate, sau apariţia unor relaţii transferenţiale cu o intensitate prea mare.

În afara acestor contraindicaţii relative, hipnoza îşi demonstrează utilitatea ajutând familia să devină mai empatică şi să-şi diminueze conflictele: sporeşte încrederea reciprocă a membrilor familiei; îmbunătăţeşte dispoziţia acestora; îi face că descopere noi informaţii referitoare la sine şi ceilalţi şi să-şi rezolve mai bine problemele.

Hipnoza ca fenomen regresiv determină activarea mecanismelor empatice, ceea ce duce la creşterea şanselor de transfer şi contratransfer. Grupul familial îl vede pe terapeut ca pe un tată omnipotent şi detestat, ceea ce duce la reactivarea rezistenţelor la hipnoză. Adesea această activare apare prin rotaţie la toţi membrii familiei. În cazul unui transfer pozitiv, normele interne ale familiei referitoare la apropierea afectivă pot fi destructurate. De aceea, de regulă trebuie să se meargă pe linia obţinerii alianţei psihoterapeutice în triunghi:



T = terapeut

M_1, M_2 = membrii familiei

În cursul inducţiei hipnotice, adesea chiar terapeutul intră în hipnoză ceea ce îi măreşte receptivitatea, tendinţele de tip regresiv şi duce la creşterea şanselor contratrasferului. Înainte de a realiza inducţia hipnotică terapeutul, cu ajutorul interviului prehipnotic, obţine date detaliate asupra problemei-simptom, înlătură anxietatea pacienţilor în raport cu hipnoza (mai ales a fricii de pierdere a autocontrolului). În cursul interviului prehipnotic, terapeutul trebuie să înţeleagă tipul de contact psihic dintre membrii familiei şi tipul de contract dintre fiecare membru şi terapeut. Contactul psihic este un tip de interacţiune psihologică asemănător celui din analiza tranzacţională.

Terapeutul trebuie să furnizeze familiei informaţii referitoare la hipnoză, la modul cum acţionează ea şi la posibilităţile de aplicare în psihoterapia de familie.

Este necesar ca terapeutul să ia anumite măsuri de precauţie: persoanele aflate în conflict să stea cât mai departe una de alta, iar cele mai anxioase să fie aşezate lângă terapeut.

Etapele hipnoterapiei sunt:

– Inducţia hipnotică – focalizarea atenţiei şi intrarea terapeutului în rezonanţă cu pacienţii, mai ales cu cel cu probleme.

– Adâncirea transei.

– Faza terapeutică propriu-zisă – se foloseşte de regulă tehnica imaginaţiei dirijate pentru a determina apariţia unor informaţii sau pen-

tru a obţine anumite modificări de comportament (exemplu: imaginaţia dirijată pentru exersarea autoafirmării în cadrul interacţiunilor din familie).

– Faza finală – cuprinde de regulă sugestii posthipnotice care pot fi diferite pentru fiecare membru al familiei sau pot fi identice pentru toată familia.

– Faza de procesare psihoterapeutică – deşi indirect legată de hipnoză este o etapă importantă pentru că în cadrul ei se discută cu pacientul şi cu familia lui. Pacientul află ce anume s-a obţinut în hipnoză şi ce schimbări se aşteaptă de la el pentru şedinţa viitoare. Terapeutul îl ajută pe pacient să integreze informaţia din hipnoză în realitatea cotidiană. Există mai multe modalităţi de abordare: a) se poate lucra individual cu unul din membrii familiei (cel cu probleme); se induce transa şi i se sugerează pacientului să lucreze asupra propriei probleme şi să interacţioneze cu ceilalţi membri ai familiei aflaţi în cabinet; b) se poate lucra cu toată familia odată, dar demersul este dificil pentru că terapeutul trebuie să fie capabil să controleze simultan reacţiile mai multor persoane (deci să controleze niveluri şi moduri diferite de interacţiune).

Tehnica cea mai potrivită pentru lucrul cu toată familia este inducţia prin relaxare progresivă. După inducere se utilizează tehnica imaginaţiei dirijate. E necesar ca toţi cei prezenţi să se concentreze asupra aceluiaşi lucru. Se poate sugera concentrarea pe un cer albastru pe care plutesc nori (pentru pacienţii copii) sau sugestia că urmăresc programul TV preferat. O altă tehnică utilă este cea a regresiei de vârstă pentru aducerea la suprafaţă a psihotraumelor trecutului. Această tehnică dă posibilitatea celorlalţi să trăiască plenar experienţa celui regresat.

Tehnica imaginaţiei dirijate aplicată familiei ca întreg poate contribui la o mai profundă trăire a unor experienţe comune şi la realizarea unei mai mari apropieri şi încrederi între membrii familiei. Aceasta poate fi utilizată pentru a putea lucra asupra problemei unui membru al familiei şi pentru a-i ajuta pe ceilalţi să se identifice cu cel în cauză (exemplu: pacientul fobic respins de familie). Tehnica imaginaţiei dirijate se poate utiliza pentru problema sa concomitent cu ceilalţi.

Pentru familia care face front comun se recomandă utilizarea unei tehnici de relaxare care îi va determina pe membrii familiei să se relaţioneze mai bine şi va reduce reacţia de apărare. Un asemenea tip de familie va deveni mai capabilă să-şi exprime ostilitatea mascată. De exemplu, acestei familii i se poate cere să-şi imagineze în hipnoză că se află pe o navă spaţială care are o anumită misiune. Nava intră într-un nor de meteoriţi, calculatorul se defectează, astfel că echipajul este nevoit să se întoarcă fără să-şi fi îndeplinit misiunea. În aceste condiţii, căpitanul trebuie să explice cine este de vină. La aceste imágini, membrii familiei pot oferi fantezii referitoare la modul în care familia face faţă stress-ului, cum se realizează cooperarea, asumarea responsabilităţii, cine este culpabilizat.

Pentru mariajul supraadecvat/subadecvat pot fi folosite sugestii directe sau indirecte de întărire a ego-ului partenerului subadecvat. În acelaşi timp, partenerului supraadecvat i se va da de înţeles că şi el poate deveni vulnerabil. În cazul partenerului subadecvat se poate recurge şi la psihoterapie asertivă în hipnoză. Prin tehnica imaginaţiei dirijate, rolurile celor doi parteneri pot fi inversate astfel încât fiecare să trăiască stările şi sentimentele celuilalt. O altă tehnică utilă în psihoterapie o reprezintă antrenarea în stare de hipnoză a ego-ului ideal. De îndată ce pacientul îşi elaborează propria imagine, aşa cum doreşte să fie, i se sugerează că această imagine, i se va întipări în memorie pentru mai târziu. Apoi i se cere să-şi creeze propria imagine reală. Se observă că, de regulă, pacientul se situează între cele două imagini. El poate fi învăţat să privească mental ambele imagini şi să se identifice alternativ cu fiecare dintre ele. Prin acest joc al identificării, pacientul poate să câştige un sentiment de autocontrol şi libertate interioară. Un alt factor important în psihoterapie sunt feed-back-urile care vin din partea familiei. Prin imaginaţie dirijată se determină creşterea empatiei familiei faţă de membrul considerat „ţapul ispăşitor".

Pentru familia de tipul mariajului conflictual, hipnoza poate servi la spargerea cercului vicios, membrii familiei fiind învăţaţi să trăiască o stare de linişte interioară în prezenţa celorlalţi. Tehnica imaginaţiei dirijate este utilă sub două aspecte: a) familiei i se cere să-şi imagineze cum ar fi dacă nu ar exista conflictul şi b) dimpotrivă, terapeutul poate

crea în stare de hipnoză conflicte atât de puternice, încât membrii familiei să se sperie sau să se plictisească de ele.

Hipnoterapia în situaţiile de criză familială:

– La moartea unui membru al familiei – reacţiile emoţionale ale celorlalţi membri înregistrează două faze: a) faza acută – dominată de sentimentul negării realităţii. În această situaţie familia are nevoie de ajutor pentru a putea avea acces la sentimentele legate de pierdere. Experienţa hipnotică poate reprezenta un factor unificator, iar uneori simpla inducţie hipnotică este suficientă (tehnica imaginaţiei dirijate este mult prea stressantă); b) faza cronică – terapeutul poate interveni cu sugestii directe de reducere a reacţiilor depresive şi reconstruirea unor obiective de viaţă.

– Pensionarea – aceste eveniment poate şi trebuie să fie trăit afectiv. El determină un dezechilibru în funcţionarea sistemului familial. Cuplurile ce funcţionau bine anterior sunt acum puse în stiuaţia de a interacţiona mai mult. Hipnoza poate fi utilizată pentru a-i face pe cei doi parteneri să accepte piederea, modificarea stilului de viaţă şi să devină mai receptivi la comunicare. Un rol important are şi modificarea ierarhiei de valori a pacientului prin sugestii de tipul: ,,vei descoperi o mare plăcere în planificarea unei călătorii împreună cu soţia ta''; ,,ai meritat dreptul ce a te odihni, drept pentru care ai muncit toată viaţa''.

– Situaţiile de divorţ – Framö (1977) susţine că scopul terapiei rezidă în sprijinirea partenerilor pentru a se desprinde de vechea lor relaţie cu demnitate şi a câştiga libertatea de a se angaja în noi relaţii cu minimum de daune pentru ego-ul propriu, partener şi copii. Hipnoza poate contibui la atingerea acestui obiectiv prin mecanisme de proiectare în viitor şi prin acţiuni sugestive asupra situaţiei de pierdere.

6.3. **Psihoterapia cognitiv-experienţială în stare de hipnoză**

Terapia cognitiv-experienţială, denumită şi terapia raţională în trepte, a fost pusă la punct la Tossi şi Marzlla în 1975. Această terapie acordă prioritate controlului cognitiv asupra funcţiilor afective, comportamentale şi fiziologice ale organismului. Ea pleacă de la ideea

necesităţii restructurării funcţiei cognitive, restructurarea realizată prin antrenarea unor abilităţi cognitive care sunt formate, dezvoltate, implementate în stare de relaxare profundă sau hipnoză.

În conformitate cu modelul teoretic al terapiei cognitiv-experienţiale, funcţionarea sistemului psihic uman (SPU) este în acelaşi timp dinamică şi integrativă. Modelelor lui Mooney, care postulează interacţiunea în prototip organism-mediu şi a lui Elis, care leagă cogniţia de emoţie, Tossi le-a adăugat încă două trepte: răspunsurile fiziologice şi cele de tip comportamental. Deci, persoana apare ca un sistem deschis în interacţiune cu mediul, eul constând dintr-un set de operaţii cognitive, afective, fiziologice şi comportamentale raportate la mediul natural şi social cât şi la obiecte reale sau imaginare. Autorii acestui sistem terapeutic sunt de părere că oamenii interacţionează atât cu condiţiile interne (reacţii corporale, senzaţii sau imagini proprii), cât şi cu cele externe. Modelul sugerează ideea că un răspuns emoţional nu are sens decât dacă este legat de evenimente externe, evaluări cognitive şi modificări produse în funcţionarea psihofiziologică a organismului.

Operaţiile cognitive sunt reprezentate de interpretări, aprecieri, atitudini şi credinţe ale subiectului referitoare la evenimentele externe. Acestea formează un set cognitiv care include o serie de strategii cognitiv-simbolice (exemplu: disociere-asociere; atenţie selectivă-neatenţie, negare, reprimare, proiecţie, gândire logic critică, gândire- divergentă, imaginare, distorsionare, abordare destructivă-abordare constructivă, evitare). Acest set de răspunsuri este asociat cu un set de răspunsuri afective trăind anxietate, frustraţie, vinovăţie, depresie. Activarea emoţională determină reacţii fiziologice: hipertensiune arterială, vasoconstricţie, hipersecreţie gastrică, oscilaţii ale ritmului respirator, hiperhidroză etc. Când aceste răspunsuri fiziologice durează prea mult se produc perturbări ale sistemului de apărare a organismului şi are loc scăderea rezistenţei generale cu posibilitatea producerii de tulburări nevrotice sau boli psihosomatice. Reacţiile afective, cognitive, fiziologice se exprimă în răspunsuri comportamentale deschise sau implicite. Aceste răspunsuri vor influenţa comportamentul viitor al subiectului (deci, această terapie are o clară tentă behavioristă).

Un concept important al terapiei cognitiv-experienţale este acela de restructurare cognitivă. Autorii arată că restructurarea cognitivă este mai uşoară în stare de hipnoză pentru că hipnoza reprezintă următoarele avantaje:

– maximizează posibilităţile subiectului de a-şi orienta atenţia asupra unor procese desfăşurate în afara pragului conştiinţei;

– atenuează influenţa factorilor de distragere şi facilitează învăţarea;

– asigură posibilitatea integrării funcţiilor corticale şi subcorticale.

În cadrul terapiei cognitiv-experienţiale, restructurarea cognitivă are loc în şase etape:

1. Conştientizarea – presupune discriminarea pe care o face subiectul între comportamentele dezadaptative şi cele adaptative.

2. Explorarea – pacientul este învăţat să experimenteze ideile sugerate de către psihoterapeut.

3. Acceptarea schimbării.

4. Implementarea schimbării – presupune utilizarea deliberată şi constructivă de către pacient a noilor abilităţi cognitiv-comportamentale achiziţionate în timpul psihoterapiei.

5. Internalizarea – presupune integrarea ideilor constructive a sentimentelor pozitive şi a răspunsurilor fiziologice şi comportamentale adecvate în sistemul ego-ului pacientului.

6. Stabilizarea comportamentului – survine atunci când modificările obţinute în timpul psihoterapiei devin o constantă a comportamentului de fiecare zi al pacientului.

Restructurarea cognitivă are loc mai ales prin tehnica imageriei de tip hipnotic. Pacientul foloseşte hipnoza pentru a identifica modurile sale negative de a gândi şi de a percepe realitatea. Deci, pacientul identifică de fapt ideile iraţionale şi tipurile de distorsionare cognitivă. Ulterior, subiectul imaginează la nivel mental secvenţe cognitive, emoţionale, comportamentale şi fiziologice, pozitive.

Înainte de a începe terapia, psihoterapeutul trebuie să identifice aspectele psihice şi sociale esenţiale ale comportamentului subiectului incluzând modelele de gândire, simţire şi răspunsuri sănătoase, dar şi pe cele dezadaptative patologice.

Mooney, Rudy şi Lewis (1975) propun un model de terapie cognitiv-experienţială în tratamentul hipertensiunii arteriale. Inducţia hipnotică propusă de autori presupune utilizarea unei tehnici de relaxare musculară pornind de sus în jos, de la muşchii frunţii, obraji, maxilare, gât, ceafă, braţe până la picioare. Ca adjuvant autorii recomandă folosirea unei tehnici respiratorii cu sugestii de tipul: „Inspiri relaxare, expiri tensiune, încordare". După inducerea relaxării, transa se aprofundează prin numărare de la 1 la 25, iar după adâncirea transei i se dau subiectului următoarele instrucţiuni: „În relaxare oamenii pot gândi mai bine unele aspecte legate de propria lor existenţă.

În această stare ei sunt capabili să vadă imagini vii şi să trăiască sentimente mai puternice cu privire la evenimentele prezente, trecute şi viitoare. În relaxare sau în hipnoză putem lua contact cu gânduri şi experienţe de care altfel nici nu ne dăm seama. Starea hipnotică e o stare de concentrare care ne ajută să ne extindem autocontrolul mental. Pentru că hipnoza determină o stare de concentrare şi de conştientizare de nivel superior, ea poate ajuta mintea noastră să funcţioneze mai bine şi să obţină un autocontrol mai bun asupra gândurilor, sentimentelor, reacţiilor fiziologice şi comportamentale, astfel încât este bine să continuaţi să vă relaxaţi. Pe măsură ce dispare starea de tensiune veţi observa cum mintea şi trupul operează ca un întreg la un nivel mai mare de integrare."

Acest instructaj şi inducţia se realizează după interviul clinic în timpul căruia terapeutul a aflat care sunt aspectele esenţiale ale pacientului. Urmează apoi etapa de conştientizare (aproximativ trei şedinţe de terapie). După atingerea transei se cere subiectului să se concentreze asupra propriilor probleme. El este instruit să vizualizeze pe un ecran interior toate evenimentele care reprezintă o sursă de disconfort personal. Subiectul trebuie să-şi imagineze, de asemenea, răspunsuri emoţionale de orice fel la o serie de evenimente: ameninţare, frustrare, anxietate etc. Aceste răspunsuri pot să fie inhibate de regulă datorită sancţiunii sociale. Apoi subiecţii sunt învăţaţi să se concentreze asupra tuturor gândurilor negative pe care le au cu privire la ei înşişi atunci când se comportă defensiv, neasertiv, agresiv sau anxios. De asemenea, subiecţii sunt învăţaţi să se concentrze asupra simptomelor psihosomatice sau psihice care se pot instala. În concluzie,

obiectivul central al terapiei îl constituie concentrarea şi vizualizarea secvenţelor negative de comportament. Deci i se sugerează subiectului să se concentreze asupra ideilor iraţionale care produc patternuri psihosomatice de instalare a tulburării (a hipertensiunii arteriale). Autorii prezintă următorul instructaj: ,,observaţiile au arătat că atunci când oamenii trăiesc stări afective perturbatoare (furie, ostilitate, anxietate, culpabilitate) se produce simptomul: hipertensiune arterială (HTA) care este generat de gândurile negative de tipul ,,Trebuie să fiu alert şi în gardă", ,,trebuie să fiu gata pentru orice", ,,nu trebuie să las pe nimeni să mi-o ia înainte", ,,nu trebuie să eşuez", ,,sunt incapabil să suport eşecul"; ,,dacă voi eşua, ceilalţi vor spune că nu sunt bun de nimic şi nu pot suporta ideea de a fi pus într-o astfel de situaţie". îmi este interzis să-mi exprim furia." ,,trebuie să fiu foarte competitiv, dar oamenii mă sperie". ,,am nevoie de oameni pe care să mă bazez, dar această nevoie mă face să mă simt slab şi inferior, astfel încât mă cuprinde furia pe care însă n-o voi exprima niciodată."

Apoi subiectului i se dau sugestii că va deveni tot mai conştient de influenţa exercitată de ideile de acest fel asupra propriei gândiri. Treptat, subiectul va fi ghidat să se accepte într-o măsură tot mai mare şi să exploreze modalităţile de depăşire a acestor stări. Subiectul este învăţat să retrăiască secvenţe negative de comportament, să simtă disconfortul şi chiar să perceapă mecanismul de formare al simptomului (HTA), simptom care reprezintă o consecinţă a gândirii iraţionale. Pacienţii sunt instruiţi să oprească experimentarea şi să se relaxeze.

Într-o etapă viitoare i se cere pacientului să-şi imagineze modele alternative de gândire care să conducă la modificări observabile în sfera afectivă, fiziologică şi comportamentală. Pacientului i se cere să se concentreze asupra aceloraşi tipuri de probleme, să încetinească fluxul mental şi să formuleze un set de gânduri mai raţionale şi mai mobilizatoare. Spre exemplificare vă oferim următorul model de instructaj: ,,Nu îmi place ce se petrece cu mine în situaţia aceasta şi este important să văd clar ce se întâmplă exact pentru a putea face faţă mai bine situaţiei. Rareori este vorba de o situaţie de viaţă sau de moarte. Situaţia nu este chiar atât de gravă şi trebuie să-i fac faţă cu calm şi detaşare. Chiar dacă nu voi reuşi pe deplin acest lucru nu înseamnă că sunt un ratat, un om fără valoare. Am dreptul să-mi exprim sentimentele indiferent ce vor spune ceilalţi. Voi fi preocupat să găsesc o soluţie cât mai bună la problema mea fără ca aceasta să mă copleşească. De fapt, ce catastrofă se va produce dacă voi eşua în această situaţie? Cum pot ceilalţi să mă perturbe atât de tare de vreme ce eu nu le dau voie? Până acum am depins de alţii care mă aprobau sau nu, dar nu voi mai fi dependent de ei în ceea ce priveşte sentimentele şi valorile mele personale. Am valoare pentru mine însumi măcar şi pentru faptul că exist. Am dreptul să mă simt din când în când frustrat şi am dreptul să-mi manifest deschis sentimentele fără să mă autoblamez, să simt teamă sau culpabilitate. Chiar dacă unii mă dezaprobă, aceasta nu înseamnă că mă resping pe toate planurile ca om." Pe măsură ce subiectul ia cunoştinţă de posibilitatea elaborării unui stil de gândire mai raţional, el este ghidat să observe consecinţele acestui nou stil, concretizate în reducerea tensiunii psihice, irascibilităţii, anxietăţii, depresiei cu modificări fiziologice şi comportamentale corespunzătoare: ,,Observi cum aceste gânduri mai raţionale se asociază cu sentimente pozitive care la rândul lor fac ca trupul tău să funcţioneze tot mai bine. Observi cum corpul se relaxează, cum fruntea devine tot mai rece şi cum ai o senzaţie de confort psihic. Observi cum mintea devine tot mai limpede şi mai clară, observi cum gândurile pozitive, sentimentele mai bune şi răspunsurile organismului pun bazele unei metode mai bune de abordare a situaţiilor neplăcute. Dacă eşti suficient de concentrat spre interior, vei remarca chiar procesul prin care tensiunea arterială scade pe măsură ce gândirea devine mai raţională. Observi diferenţele dintre secvenţele iraţionale şi cele raţionale de gândire, simţire şi comportament."

Urmează apoi o fază de explorare (aproximativ trei şedinţe de terapie) în care procedeele de restructurare cognitivă sunt aplicate şi în alte situaţii relevante din viaţa subiectului. Se pune accent pe direcţionarea atenţiei subiectului asupra conţinuturilor psihice aflate sub pragul de conştientizare (conţinuturi atât din trecut, cât şi din prezent). Pacientul este încurajat să intre într-o stare de relaxare sau hipnoză tot mai profundă în timp ce explorează diverse secvenţe cognitive, afective, comportamentale şi fiziologice la nivel de antrenament mental.

Apoi i se dau subiectului sarcini pentru comportamentul real, prezentate sub formă de sugestii posthipnotice. Următorii paşi ai terapiei

se referă la decizia de schimbare, la implementarea, internalizarea şi stabilizarea noilor strategii cognitive elaborate (aproximativ două săptămâni). Terapeutul reaminteşte subiectului noul mod de a gândi, felul în care gândurile afectează stările emoţionale, reacţiile corporale, comportamentul şi modul în care demersul psihoterapeutic a adâncit conştientizarea avanatajelor unui mod raţional de a gândi. La fiecare şedinţă, terapeutul oferă pacientului noi exemple referitoare la modalităţile raţionale de a-şi analiza problema, cu privire la avantajele acestui mod pentru întărirea patternurilor de gândire pozitivă. Această întărire a patternurilor de gândire pozitivă se poate face şi în stare de veghe. Pentru exemplificare vă oferim următorul model de instructaj: „Pe măsură ce vă concentraţi asupra unor idei tot mai raţionale, acestea vor deveni într-o măsură din ce în ce mai mare modul dumneavoastră obişnuit de a gândi şi reacţiona. Transformarea gândurilor iraţionale de tipul „nu trebuie să las pe nimeni să mi-o ia înainte" în gânduri mai raţionale de tipul „pot ajunge la o formulă mai eficientă de viaţă, eşecul nu este un lucru chiar atât de groaznic pentru că nu există eşec pe toate planurile; chiar dacă eşuez într-un domeniu nu voi deveni neapărat un ratat." Observaţi că, pe măsură ce vă concentraţi asupra unor idei mai raţionale şi mai constructive, aveţi tot mai mult tendinţa de le aplica în viaţă în rezolvarea problemelor zilnice, de a le interioriza. Începeţi să vă vedeţi pe dumneavoastră gândind mai raţional, având sentimente mai constructive, fiind mai calm şi mai eficient. Aceste gânduri raţionale vor atrage după sine şi sentimentul de bine psihic. Veţi continua să practicaţi acasă autohipnoza şi veţi observa că noile modele de gândire învăţate vă vor deveni tot mai familiare şi se vor declanşa automat în noile situaţii de viaţă. În orice situaţie stressantă vă veţi adresa întrebări de tipul: „Ce îmi spun mie însumi; cum evaluez situaţia; cum mă autoapreciez." Veţi observa că abilitatea de a discerne situaţiile şi de a oferi răspunsuri adaptative s-a automatizat."

6.4. Utilizarea terapeutică a hipnozei la copii

Grady şi Hoffman (1984 (cit. Wester şi Wester, 1984) sunt de părere că în raport cu adulţii, copiii manifestă o mai mare receptivitate la hipnoză. Acest lucru este ilustrat de utilizarea spontană sau deliberată a hipnozei la sugari şi copiii mici. Aceştia se concentrează pe acţiuni cu caracter repetitiv, monoton: legănatul, suptul degetelor, reveria.

Gardner, Hinton, Olnes (1981) au demonstrat experimental că, copii sunt mai receptivi la hipnoză decât adulţii. Acest fenomen se explică prin faptul că frecvent, copiii sunt angajaţi în activităţi care au legătură cu fenomenul hipnotic (exemplu: atenţia focalizată, gândirea concretă, limitarea testării realităţii şi alunecarea în fantezie). La toate acestea se adaugă şi interesul copilului pentru noi experienţe, intensitatea mare a trăirilor lui afective şi tendinţa de refugiere în situaţii regresive care, împreună cu cele menţionate anterior, contribuie la creşterea hipnotizabilităţii la copii. La nivel interpersonal se observă că toţi copiii acceptă mai uşor autoritatea şi exprimă mai deschis nevoia de ajutor. Majoritatea studiilor experimentale au relevat că există un nivel mai ridicat de susceptibilitate hipnotică situată între 7 şi 14 ani şi că nu există diferenţe importante de hipnotizabilitate între băieţi şi fete. Mulţi autori consideră că şi copii de 4-6 ani sunt susceptibili la inducţia hipnotică cu condiţia să fie utilizată o tehnică adecvată de inducţie bazată pe activare imaginativă.

Psihoterapeutul care aplică hipnoza la copii are o şansă mai mare de succes dacă va primi răspunsuri afirmative la următoarele întrebări:

– S-a stabilit o relaţie afectivă pozitivă între copil şi terapeut?

– Are copilul un scor cel puţin mediu la scalele de susceptibilitate hipnotică pentru copii?

– Este mai mare câştigul obţinut datorită rezolvării problemelor copilului în raport cu beneficiul secundar?

– Nu are copilul tulburări psihice care ar putea fi agravate prin aplicarea hipnozei? (epilepsie, schizofrenie)

– Este copilul motivat să-şi rezolve propriile probleme şi să participe activ la tratament?

– S-a realizat o evaluare corectă a etiologiei simptomelor organice şi s-a instituit tratamentul corespunzător?

– Este hipnoza indicată ca tratament de bază sau ca tratament adjuvant?

– Părinţii copilului sunt de acord? Este favorabilă atitudinea părinţilor faţă de hipnoză?

O primă etapă a hipnoterapiei la copii este aceea de pregătire, care se referă mai ales la părinţi. După Gardner (1974) această etapă se subîmparte în trei faze:

1. Faza de explicare-educare – implică definirea hipnozei în termeni familiari părinţilor, distrugerea mitului referitor la pierderea controlului, înlăturarea temerilor referitoare la dehipnotizare.

2. Faza de observare – terapeutul îi încurajează pe părinţi să observe ce se petrece cu copilul în timpul inducţiei hipnotice. În prima şedinţă se lucrează cu copilul singur pentru evitarea inhibiţiilor faţă de părinţi. La şedinţa următoare, copilul este întrebat dacă este de acord ca părinţii să asiste la şedinţă. Majoritatea copiilor sunt bucuroşi să arate ce au învăţat, dar există şi copii care nu acceptă separarea de părinţi. De aceea, prima inducţie se realizează în prezenţa părinţilor. De obicei, aceşti copii acceptă separarea de părinţi la a doua şedinţă.

3. Faza de experimentare personală de către părinţi a stării hipnotice. Deşi această etapă nu este neapărat necesară pentru succesul hipnozei la copil, în cazul în care părintele acceptă, el trăieşte o stare de relaxare plăcută. Această stare de relaxare favorizează colaborarea dintre părinţi, copil şi terapeut.

Pregătirea copilului variază în funcţie de vârstă şi de condiţia medicală a copilului. Între 4 şi 6 ani se practică inducţia hipnotică prin joc. I se poate spune copilului că va învăţa o metodă prin care să fugă de situaţiile neplăcute şi să devină şeful propriului său corp. Pentru inducţie se folosesc povestiri legate de programul TV favorit, de personaje de basm, de jocuri sau păpuşi preferate. În cazul copiilor de 6-10 ani se insistă pe faptul că hipnoza este o metodă care îi va ajuta să se relaxeze; li se spune că terapeutul îi va învăţa să utilizeze imaginile favorite pentru a se elibera de teamă, durere, pentru a deveni stăpâni pe senzaţiile şi trăirile lor. Marea majoritate a copiilor de peste 11 ani înţeleg fără multe explicaţii ce este relaxarea şi imaginaţia.

Josephine Hilgaard şi Morgan (1978) afirmă că la copii între 3 şi 6 ani inducţia hipnotică bazată pe imaginaţia dirijată este cea mai

eficientă. După 6 ani s-au constatat diferenţe mici din punctul de vedere al eficienţei diferitelor tehnici de inducţie.

Inducţia prin antrenarea copilului în joc imaginativ poate lua diferite forme: „Să mergem în excursie cu pesoanjul preferat"; „Jucăriei favorite îi este somn"; „Hipnotizarea păpuşii"; „Tehnica televizorului interior". Adâncirea transei se poate face prin sugestii directe sau prin intermediul persoanjelor prieteni ai copilului. Se observă că foarte mulţi copii nu închid ochii şi se mişcă frecvent. Atunci apare întrebarea dacă ei se află cu adevărat în hipnoză.

Hilgaard şi Morgan sunt de părere că aceşti copii se află în hipnoză şi au denumit această stare protohipnoză.

După vârsta de 6 ani pot fi folosite şi tehnicile clasice de inducţie hipnotică: fixarea privirii, coborârea braţului. Aceste tehnici facilitează închiderea ochilor şi utilizarea imagieriei vizuale cu conţinut relaxant (vizionarea programului TV favorit, deplasarea la locul preferat).

Aplicaţiile hipnozei la copii au în vedere următoarele:

– reducerea durerii şi anexietăţii; în afecţiunile acute sau cronice, pentru a uşura suferinţele în fazele terminale ale unor boli, în boli psihomatice (astm), în chirurgie, stomatologie;

– în tratamentul unor deprinderi greşite: ticuri, balbism, onicofagie, enurezis, encomprezis.

Terapeutul trebuie să verifice gradul de hipnotizabilitate al copilului (se poate face cu ajutorul scalei Standford pentru copii) şi să se convingă dacă copilul înţelege termenul de relaxare. În caz contrar, i se explică termenul cu ajutorul unor expresii ca: „lasă-te dus", „te simţi ca o păpuşă de cârpă".

Pentru exemplificare vă oferim următorul model de instructaj (după Arlene Morgan şi Josephine Hilgaard): „Te voi învăţa astăzi nişte lucruri interesante despre imaginaţie. Mulţi copii spun că un joc plăcut. Îţi voi cere să te gândeşti la diferite lucruri şi vom vedea cum funcţionează imaginaţia ta. Unii copii îşi imaginează mai uşor anumite lucruri decât alţii. Ascultă-mă cu atenţie şi lasă lucrurile să se întâmple de la sine. Stai comod pe fotoliu şi hai să ne închipuim diferite lucruri. Te rog închide ochii pentru că aşa îţi vei putea închipui mai bine ceea ce îţi spun. Acum aş vrea să-ţi închipui că faci pluta într-un colac, într-un bazin cu apă călduţă. Ei, cum e? Acum închipuie-ţi că pluteşti

pe un nor alb, pufos, moale. Cum e? Deschide ochii! Te voi învăţa să te simţi tot mai bine, tot mai relaxat, pentru că aşa îţi poţi imagina mai bine diverse lucruri. Acum eu voi desena o păpuşă pe unghia degetului meu mare. Hai să facem una şi la tine! O desenezi tu sau eu? Uite ce drăguţă e! Acum ridică mâna şi uită-te la păpuşa de pe unghia ta ascultând cu atenţie ce-ţi spun. Încearcă să te gândeşti doar la ceea ce îţi voi spune eu. Lasă corpul moale, relaxat, liniştit. Şi pleoapele se relaxează, devin tot mai grele, tot mai grele. Cu cât te uiţi la păpuşa de pe unghia degetului tău, cu atât pleoapele devin grele, tot mai grele. Începi să clipeşti, să clipeşti, clipeşti tot mai mult şi asta e bine. Înseamnă că te relaxezi tot mai bine. Continuă să priveşti păpuşa şi să asculţi doar vocea mea. Pleoapele tale sunt grele, tot mai grele. Curând ele vor deveni atât de grele, încât nu vei mai putea ţine ochii deschişi. Lasă ochii să se închidă dacă simţi că trebuie să o faci. Dacă ochii s-au închis lasă-i aşa! Te simţi bine, relaxat, liniştit. Acum voi începe să număr de la 1 la 10 şi vei simţi cum corpul tău se relaxează tot mai mult. Te vei relaxa tot mai mult în timp ce mă asculţi cum număr. 1 – eşti tot mai relaxat, tot mai relaxat, te simţi atât de bine; 2,3 – tot mai relaxat, tot mai liniştit, 4, 5, 6 – eşti şi mai relaxat, şi mai relaxat, pleoapele tale sunt tot mai grele, şi mai grele. Te simţi atât de bine, e atât de bine să te laşi dus de vorbele mele şi să te relaxezi complet; 7, 8, 9 – eşti foarte relaxat, foarte relaxat, e bine să te laşi dus de vorbele mele; 10 – (dacă copilul ţine încă mâna sus, i se dă următoarea comandă); „Acum lasă mâna să se odihnească, lasă mâna să se odihnească liniştită pe fotoliu"; (dacă copilul nu a închis ochii i se dă următoarea comandă): „Acum închide ochii şi relaxează-te, lasă ochii să rămână închişi."

Pentru copii de 4-6-8 ani care nu se pot relaxa şi nu vor să închidă ochii (copiii foarte mici sau anxioşi) recomandăm următorul instructaj: „Aş vrea să-ţi povestesc cum poate cineva să-şi folosească imaginaţia pentru a simţi diverse lucruri. Ştii ce e aia imaginaţie? Ştii ce înseamnă să te faci că...? Nu ţi se întâmplă să spui că tu erai altcineva: zână, Făt-Frumos, Tom? Dacă ai putea să faci doar ceea ce îţi place, cei ai prefera? Care sunt lucrurile pe care îţi place să le faci cel mai mult pe lumea asta? (se investighează interesele copilului, apoi se alege activitatea preferată şi i se cere copilului, să şi-o imagineze, de exemplu: mersul la pic-nic). Hai să ne închipuim că suntem la pic-nic. În faţa noastră e un coş mare cu mâncare. Cum arată coşul? Cât e de mare? Eu o să întind faţa de masă galbenă pe iarbă. De ce nu scoţi ceva din coş chiar acum? Spune-mi ce faci? Ce mai e în coş acum? (se continuă până când copilul se implică total în situaţie) (...) Poţi să trăieşti multe lucruri interesante dacă gândeşti aşa cum ţi- am spus. Când îţi închipui ceva foarte tare, lucrul acesta devine ca şi adevărat."

6.5. **Hipnoterapia în tratamentul tulburărilor anxioase**

Barnet (1985) arată că anxietatea este o teamă difuză, fără obiect bine precizat, adesea însoţită de acuze somatoforme: presiune toracică, tahicardie, transpiraţie, cefalee, tendinţa imperioasă de a urina.

Fobia reprezintă teama cu obiect bine precizat.

Autorii disting:

a. anxietatea situaţională (se apropie mai mult de fobie; frica de examene, anxietate precompetiţională etc.);

b. anxietate difuză, persistentă care este de fapt anxietate cronică.

Gellhorn (1965) consideră că această anxietate cronică se datorează acţiunii repetate a unor stimuli anxiogeni care alterează sistemul nervos autonom producând descărcări masive de adrenalină.

Stimulii care produc o astfel de anxietate se numesc stresori.

Pentru ca un eveniment să se dovedească stressant trebuie să avem în vedere: natura evenimentului, resursele adaptative de a-i face faţă şi gradul de adecvare al mecanismelor de apărare ale ego-ului.

Dacă aceste mecanisme adaptative sunt inadecvate, va apare anxietatea care îl va determina pe subiect să-şi mobilizeze resursele adaptative.

Stressul psihic cronic rezultă dintr-un conflict permanent între seturi de atitutidini şi convingeri contradictorii. De pildă, în cazul anxietăţii de examen, convingerea inconştientă este că studentul va pierde examenul, ceea ce va atrage după sine dezaprobarea celorlalţi. Această convingere este în conflict cu cealaltă convingere conform căreia studentul a studiat suficient şi are capacitatea de a promova examenul.

Aceşti stresori declanşează răspunsuri neuroendocrine mediate de hipotalamus şi glanda pituitară care, la rândul lor, prin intermediul hormonului adrenocoritcotrop, stimulează activitatea glandelor suprarenale determinându-le să secrete adrenalină şi cortizon.

Aceşti hormoni produc efectele fizice şi emoţionale specifice anxietăţii şi stresului cronic.

Freud (1926) a considerat iniţial că anxietatea reprezintă rezultatul refulării impulsurilor instinctive. Mai târziu (1936) el a inversat relaţia dintre anxietate şi refulare, considerând că anxietatea este cauza refulării impulsurilor inacceptabile.

Horney (1937) consideră că anxietatea se datorează reprimării ostilităţii copilului care nu-şi poate permite să exprime agresivitatea atâta timp cât este neajutorat şi izolat într-o lume duşmănoasă.

Rank (1952) consideră că originea anxietăţii ar fi trauma suferită de copil la naştere, anxietatea de separare fiind prima experienţă afectivă a noului născut.

Sullivan (1953) consideră că anxietatea rezultă din teama copilului de dezaprobarea mamei.

Rado (1962) a arătat că starea psihică a mamei poate influenţa starea afectivă a fătului astfel încât fricile şi sentimentul de culpabilitate ale mamei pot constitui cauze primare ale tuturor disfuncţiilor în sfera comportamentului copilului.

Reacţia la stres are trei componente:

a) stimulul;

b) evaluarea acestuia;

c) răspunsul emoţional şi fizologic la acesta.

Reacţia la stresul cronic variază, printre altele, şi în funcţie de vârsta individului. Astfel, la copii apar mai mult tulburări în sfera conduitei ca:

- onicofagie;
- enurezis;
- tulburări de comportament;
- suptul degetului.

La adolescenţi anxietatea se manifestă prin:

- lipsa încrederii în sine;
- sentimentul inadecvării personale;

- timiditate;
- tendinţa de retragere;
- înclinaţia spre masturbare.

La adulţii tineri anxietatea este asociată frecvent cu nivele de aspiraţie excesiv de înalte şi cu stabilirea unor scopuri imposibile. Eşecul este asociat cu scăderea autostimei, retragerea în sine şi susceptibilitate crescută la stresori din mediu, care produc atât anxietate, cât şi reacţii de tip depresiv.

La vârstnici anxietatea este frecvent asociată cu:

- nemulţumire şi supărare refulată;
- teama de a fi abandonaţi şi de a rămâne singuri îi împiedică să-şi exprime deschis nemulţumirile.

În anumite limite anxietatea este un fenomen normal pentru că ea transmite ego-ului semnale că trebuie să declanşeze mecanismele de apărare.

Anxietatea cronică este un fenomen patologic pentru că *ameninţarea* este percepută doar la nivel inconştient. (Stimulul real anxiogen a dispărut demult, dar individul pare să nu fie conştient de acest lucru.) Astfel, subiectul crede că trebuie să-şi menţină nivelul subconştient de vigilenţă, ceea ce pe plan conştient se traduce în anxietate.

Laughlin (1967) este de părere că anxietatea reprezintă o sumă a tuturor problemelor psihologice ale individului, ea reprezentând expresia unui conflict persistent între tendinţele inconştiente şi solicitările pe care i le pune în faţă conştiinţa.

Conflictul este reprimat, acesta cauzând, la rândul său, simptome emoţionale, ceea ce produce un cerc vicios.

Anxietatea este un simptom prezent aproape în toate cazurile care se prezintă la psihoterapie:

- alcoolicii cronici au un nivel de anxietate mai ridicat decât cei care beau în mod social (Brown, 1980);
- fumătorii au un nivel mai ridicat de anxietate decât cel considerat normal (McCral, 1978);
- Celucci (1978) a observat că există o strânsă interrelaţie dintre anxietate şi prezenţa unor vise terifiante şau a altor dificultăţi de somn.

Mai mult, Ishizvka (1979) a observat că un element comun în cadrul cuplurilor care ajung la divorţ îl constituie anxietatea prea ridicată,

iar Kupfer (1977) a dovedit existenţa interrelaţiei dintre anxietate şi tulburări sexuale la ambele sexe;

– şi persoanele care au tendinţa de a se îmbolnăvi de boli somatice au anxietate mai crescută (inclusiv cancer, Labaw, 1977).

O particularitate interesantă sub aspect psihologic a anxietăţii cronice constă în nivelul scăzut al autostimei pe care îl au subiecţii anxioşi.

Shahi (1978) a observat că subiecţii cu anxietate scăzută au, de regulă, o imagine de sine ridicată.

Pestonjce (1979) a constatat că pacienţii cu afecţiuni coronariene au un nivel de anxietate mai ridicat decât subiecţii din lotul martor.

Chiar şi incidenţa complicaţiilor postoperatorii corelează pozitiv cu anxietatea preoperatorie (Lange, 1978).

• *Terapia anxietăţii* (Principii):

a) *Modificarea mediului* (pe cât posibil) pentru a împiedica producerea unor noi evenimente stresante, respectiv:

– schimbarea locului de muncă;

– reducerea încărcăturii de efort etc.

b) *Modificarea interpretării şi modului în care individul evaluează situaţiile*. Această modificare de atitudine îi va face pe oameni mai puţin vulnerabili la stres.

c) *Acţionarea directă asupra răspunsului emoţional şi fiziologic la stimulul anxiogen* (aici se înscrie şi medicaţia anxiolitică), relaxarea progresivă, autohipnoza şi tehnicile meditative.

d) *Modificarea modului de interpretare a datelor mediului extern*

Desensibilizarea sau decondiţionarea reprezintă o tehnică comportamentalistă de a modifica modul în care cineva apreciază situaţiile, de la situaţii non-anxiogene, puţin anxiogene, până la situaţii puternice anxiogene. Această orientare este bazată pe supoziţia (Wolpe, 1958) conform căreia anxietatea se datorează asocierii dintre stimuli normali, neanxiogeni cu situaţii ameninţătoare.

Psihoterapia este orientată spre o reasociere a respectivilor stimuli cu o stare de confort şi destindere.

În practică se recomandă practicarea relaxării şi asocierea practicării acesteia cu stimuli progresiv tot mai anxiogeni (se începe cu stimuli tot mai puţin anxiogeni).

Pentru reducerea anxietăţii se mai utilizează şi metode bazate pe „insight".

Ellis şi Harper (1975) consideră că anxietatea este bazată mai ales pe ideea supraevaluării şi exagerării situaţiilor periculoase.

În majoritatea cazurilor, situaţia anxiogenă pe care noi o apreciem ca „teribilă" nu mai este privită chiar aşa la o examinare mai atentă.

Hipnoterapia în cazul tulburărilor anxioase implică:

• *Sugestii directe*

Sugestiile directe de reducere a anxietăţii sunt şi mai eficiente dacă se asociază cu tehnica imaginaţiei dirijate.

Lamb (1980) a demonstrat rolul psihoterapiei de relaxare pentru a reduce anxietatea pacienţilor care se adresau unui cabinet de stomalogie.

Santon (1978) a demonstrat că doar simpla relaxare obţinută în urma unei inducţii hipnotice, fără nici o sugestie, relaxare în care subiectul a rămas timp de o jumătate de oră, a avut efecte pozitive în reducerea anxietăţii subiecţilor.

Sugestiile administrate în hipnoză pentru reducerea anxietăţii sunt mai eficiente atunci când sunt administrate într-o manieră mai puţin directă, prin utilizarea imageriei dirijate: pacientului i se sugerează să se vizualizeze pe sine relaxat şi liniştit în diverse situaţii care îi creau anxietate în trecut.

Simpla sugerare a relaxării reduce adesea anxietatea fără a solicita din partea terapeutului abilităţi speciale.

• *Autohipnoza*

Aproape toate sugestiile care s-au dovedit eficiente în heterohipnoză se dovedesc utile şi în autohipnoză.

O'Connor (1978) a găsit că dacă heterohipnoza este combinată cu o tehnică de autohipnoză, rata vindecării este de peste 82%.

Sodomsky (1974) a demonstrat exprimental că o mare parte a pacienţilor care au învăţat autohipnoza (după 1-3 şedinţe de heterohipnoză), au renunţat la medicaţia cu tranchilizante.

- *Hipnoanaliza*

O mare parte a pacienţilor anxioşi beneficiază doar parţial şi temporar de pe urma sugestiilor directe administrate în stare de hipnoză.

Se presupune că la pacienţii care nu beneficiază de pe urma sugestiilor directe anxietatea are un rol important în cadrul mecanismelor de apărare ale eului.

Psihoterapia are drept obiective în aceste cazuri:

– să descopere sursa de conflict care contribuie la perpetuarea anxietăţii;

– să intre în comunicare cu acele instanţe intrapsihice care pot rezolva conflictul şi care pot ajuta subiectul să facă faţă anxietăţii. Astfel:

– tehnica răspunsului ideomotor permite descoperirea unor amintiri semnificative cât şi identificarea unor resurse subconştiente latente ale subiectului.

Când respectivele resurse latente sunt mobilizate, pacientul devine capabil să facă faţă acelor probleme cu care se confruntă.

Prezentare de caz (Barnet, 1985):

O femeie de 35 de ani s-a prezentat la psihoterapie pentru anxietate accentuată, cefalee, insomnie, atacuri de panica şi transpiraţii reci apărute fără nici un motive evident.

Anxietatea apărea mai ales când persoana se afla în compania unor străini, mai ales bărbaţi. Pacienta nu se simţea bine la petreceri şi avea tendinţa de a abuza de alcool şi tutun.

În ciuda anxietăţii ei, aceasta era o şefă eficientă în serviciul ei, deşi nu era suficient de asertivă pentru a pune la punct o subalternă ineficientă.

Incapacitatea ei de a-şi exprima sentimentele îi crea dificultăţi de comunicare cu soţul ei. Soţul nu ştia niciodată ce gândeşte ea pentru că nu discuta niciodată despre lucrurile care îi creau probleme sau o preocupau.

Ambii soţi erau de părere că pe plan sexual comunicarea era ineficientă. Pacienta afirma că soţul se purta rece cu ea, iar soţul afirma că ea niciodată nu a manifestat interes pentru a face dragoste cu el, ceea ce a creat la el o aversiune de a întreţine relaţii sexuale cu ea; la rândul ei, ea se simţea jenată să-şi exprime nevoile sexuale şi presupunea că soţul ar fi trebuit sa intuiască dorinţa ei, fără ca ea s-o exprime.

Pacientei i s-a explicat rolul hipnoterapiei şi s-a subliniat că ea va beneficia de această terapie doar dacă va dori să coopereze.

I s-au dat sugestii că se va relaxa şi mai bine în şedinţa viitoare de psihoterapie.

Peste o saptămână ea a relatat că a dormit bine şi s-a simţit relaxată. Totuşi, anxietatea i-a rămas la fel de puternică. În aceste condiţii terapeutul a fost de părere că este necesar un demers hipnoanalitic.

În hipnoză pacienta a fost regresată în timp până în perioada dinaintea apariţiei anxietăţii. Pacienta a zâmbit şi a evocat experienţe agreabile.

Apoi i s-a sugerat să se deplaseze în timp spre perioada când a apărut prima experienţă producătoare de anxietate, sugerându-i-se să redea experienţa respectivă cu detalii.

Fragment din protocolul de psihoterapie (Barnet, 1985):

Dr.: – Câţi ani ai, Sarah? (Întrebările au rolul de a întări regresia de vârstă obţinută). Unde te afli? – (solicită implicarea pacientei într-o experienţă localizată)

P.: – 2 ani.

Dr.: – Unde te afli?

P.: – Sunt în bucătărie.

Dr.: – În bucătărie?

P.: – Eu gătesc la cuptor.

Dr.: – La cuptor? Cine face aceasta? (La început pare că ceva nu e în regulă când se vorbeşte unei persoane în vârstă de 2 ani)

P.: – Eu gătesc la cuptor.

Dr.: – Găteşti la cuptor? Dar ai doar 2 ani! Este cuptorul fierbinte? (Sarah este adânc implicată în jocul imaginativ.)

P.: – Nu!

Dr.: – Te prefaci că găteşti?
P.: – Da. (Deoarece această experienţă a creat anxietate, terapeutul intuieşte că se ascunde ceva mai mult în spatele acestei experienţe)
Dr.: – Bine. Ce se mai întâmplă? (Întrebarea: ce se întâmplă? o determină pe Sarah să vizualizeze evenimentele cu şi mai multe detalii. În câteva cuvinte este redată experienţa terifiantă)
P.: – Maşina de gătit se răstoarnă!
Dr.: – Maşina de gătit se răstoarnă? Şi ce se mai întâmplă?
P.: – Oala cu apă fierbinte se răstoarnă.
Dr.: – Peste tine? (Sarah, închisă în cuptor, este speriată nu numai de situaţia ei disperată, dar si de urletele surorii ei).
P. (Plângând): – Peste sora mea.
Dr.: – Şi ce se întâmplă
P.: – O opăreşte.
Dr.: – Te opăreşte pe tine?
P.: – Nu.
Dr.: – Nu te atinge deloc?
P.: – Nu, pentru că eu sunt în cuptor.
Dr.: – Eşti înăuntru şi totul în jurul tău se răstoarnă, nu-i aşa?
P.: – Da.
Dr.: – E un mare zgomot?
P.: – Da.
Dr.: – Cine vine?
P.: – Mama. (Mama vine în ajutor şi necazurile fetiţei de 2 ani iau sfârşit.)
Dr.: – Ce spune mama?
P.: – Doamne! Bine ca eşti întreagă! (Mama este fericită că ea este bine şi acest lucru este încurajator)
Dr.: – Şi cu surioara ta ce s-a întâmplat?
P.: – Pare să fie bine. (Surioara pare să fie bine la prima vedere, dar de fapt nu este chiar aşa. Sora nu numai că este foarte speriată, dar serios opărită)
Dr.: – Adică ce s-a întâmplat?
P.: – Mama o schimbă pe canapea. Are bășici pe picioare.

Dr.: – Şi tu ce simţi?
P.: – Mi-e frică!
Dr.: – Frică de ce?
P.: – Mama spune că eu sunt vinovată. (Întreaga panică a lui Sarah revine. Mama o ceartă pentru toate. Ea trebuie să fie un copil rău dacă i-a făcut un lucru atât de îngrozitor surorii sale. În acelaşi timp, ceva din ea îi spune că nu ea a făcut aceasta. Numai că mama nu e de aceeaşi părere)
Dr.: – Tu ai făcut?
P.: – Nu, oala cu apă fierbinte a făcut-o.
Dr.: – Da, oala cu apă fierbine a făcut această faptă! Tu n-ai vrut, nu-i aşa?
P.: – Nu.
Dr.: – Ce-ai făcut tu? Te-ai urcat în cuptor? (Terapeutul revede împreună cu pacienta filmul evenimentului şi ajung la concluzia că acţiunile fetiţei de 2 ani erau foarte rezonabile pentru acea perioadă)
P.: – Da, şi e un buton care îl blochează în spate.
Dr.: – Un buton? Unul din acelea cu care obişnuieşti să te joci?
P.: – Da.
Dr.: – Cum ai reuşit să faci asta?
P.: – M-am jucat şi am umblat la el. (Ea nu era în acel moment suficient de inteligentă pentru a prevedea ce consecinţe ar putea avea acţiunile, ce dezastru ar putea declanşa. E clar că mama credea că fetiţa ar fi trebuit să ştie. Mama este extrem de supărată şi evident că Sarah e de vină)
Dr.: – Da, şi tu a trebuit să ajungi la el, nu-i aşa?
P.: – Da. (Sarah a decis că nu mai trebuie să fie o fetiţă rea şi singurul mod de a face aceasta este să reţină panica – panica ce o împiedică să aibă un comportament aventuros şi independent. În locul acestui comportament ea trebuie să urmeze indicaţiile altora pentru a evita riscul de a fi dezaprobată)
Dr.: – Şi nu te-ai gândit că aragazul ar putea să cadă?
P.: – Nu.

Dr.: – Bine, Sarah, femeie de 35 de ani, ai auzit această afirmaţie?

P.: – Da. (Terapia este direcţionată spre descoperirea resurselor ei actuale de inteligenţă, specifice unei persoane adulte, astfel încât s-o înţeleagă pe mama ei, dar şi pe Sarah cea de 2 ani şi să înţeleagă faptul că nu mai trebuie să trăiască vechile ei sentimente de teamă care au fost mentinute în inconştient pentru a o proteja de dezaprobarea maternă).

Dr.: – Sarah a avut la 2 ani o experienţă înfricoşătoare, poţi s-o ajuţi? Ei îi este îngrozitor de frică. Dă-i toată înţelepciunea ta, acordă-i înţelegerea de care eşti capabilă şi atunci când ai făcut asta, fă un semn cu capul ca să ştiu şi eu. Mica Sarah e foarte speriată. Trebuie să o iei în braţe şi să-i acorzi afecţiune.

P.: – Dă din cap.

Dr.: – Ai făcut asta? E bine. Sarah cea de 2 ani, dacă ai auzit asta, mai trebuie să fii speriată? (Pacienta a menţinut aceste sentimente un timp îndelungat şi trebuie să găsească un mod de a le lichida. Atâta timp cât nu există o nevoie neexprimată de a le păstra, trebuie găsită o modalitate de a scăpa de ele)

P.: – Nu.

Dr.: – Bine. Sarah cea de 35 de ani şi cea de 2 ani simt că nu mai trebuie să simtă sentimentele de teamă care au durat 33 de ani. Te rog găseşte o soluţie pentru a face ca toate sentimentele de teamă să dispară şi când ai găsit soluţia, fă un semn cu capul.

P.: – Dă din cap. (Sarei i se sugerează să lase teama, să plece şi, spre surprinderea ei, ea descoperă că îi este foarte uşor s-o facă. Ea simte cum stări afective mai confortabile vin să ia locul anxietăţii. Ea zâmbeşte fără voie)

Dr.: – Sarah de 35 de ani, există o cale de a scăpa de teamă, sentimentul vechi, neplăcut şi care nu e necesar. S-a terminat cu el. Lasă-l să plece. Când toată teama te-a părăsit şi eşti sigură de asta, fă un semn cu capul! (S-a observat

că înlăturarea unor vechi tensiuni face pacientul să zâmbească spontan, ceea ce confirmă starea de eliberare)

P.: – Dă din cap şi zâmbeşte. (Acum terapeutul trece la localizarea altor experienţe care au contribuit la anxietatea generalizată a Sarei)

Dr.: – A dispărut totul?

P.: – Dă din cap şi zâmbeşte din nou.

Dr.: – E bine aşa. Ia să vedem acum dacă mai este o Sarah înlăuntrul tău care nu se simte bine. Dacă este, dă din cap în semn de *da*! (Sarah descoperă o experienţă care s-a petrecut după mulţi ani şi care seamănă cu prima. Aparent, băiatul cu care era prietenă, era drăguţ dar ea simţea altfel. El o speria şi ea nu-l plăcea)

P.: – Dă din cap.

Dr.: – Câţi ani aveai atunci?

P.: – 18, 19 ani.

Dr.: – Ce s-a întâmplat atunci?

P.: – Aveam un prieten!

Dr.: – Era un băiat drăguţ?

P.: – Aşa părea.

Dr.: – Trebuia să te simţi bine. Ce e rău în asta?

P. (Cu o mimică tristă): – Este un bărbat.

Dr.: – Şi ce dacă este? Ce face el?

P.: – Se bate cu tatăl său. Îi place lupta.

Dr.: – Şi asta nu e bine, nu-i aşa?

P.: – E egoist. (Sarah îşi urăşte prietenul şi totuşi stă cu el pentru a nu supăra pe nimeni, mai ales pentru a nu supăra figurile materne. Ea se simte neajutorată şi asta îi amplifică anxietatea)

Dr.: – Ce simţi de fapt?

P.: – Îl urăsc.

Dr.: – Dacă îl urăşti, de ce stai cu el?

P.: – Mama lui nu-mi dă voie să mă întâlnesc cu alţi băieţi.

Dr.: – Dar ce amestec are mama lui în asta?

P.: – Eu locuiesc la părinţii lui.

Dr.: – De ce locuieşti acolo?

P.: – Tatăl meu m-a acuzat că sunt o târfă. Atunci am plecat de-acasă, mi-am luat serviciu şi locuiesc cu ei. (Din nou Sarah a primit confirmarea că e rea şi nu trebuie să se apere, nu trebuie să ţină seama de propriile ei dorinţe şi nevoi)

Dr.: – Te simţi ca într-o capcană? (Aceasta n-o împiedică să fie furioasă, dar furia trebuie reprimată şi aceasta produce anxietatea)

P.: – Da. Larry se întâlneşte cu alte fete, iar nu am voie s-o fac.

Dr.: – Pariez că asta te înfurie! (Din nou terapeutul face apel la ego-ul ei de adult pentru a vedea lucrurile aşa cum sunt de fapt)

P.: – Da.

Dr.: – Sarah de 35 de ani, ai auzit ce am vorbit?

P.: – Da.

Dr.: – Sarah de 18, 19 ani e prinsă în capcană şi se simte groaznic. Poţi s-o ajuţi? Ea este furioasă şi neajutorată. Aş vrea să înţelegi ce simte ea. Când ai reuşit, dă din cap. (Din nou Sarah e încurajată să simtă că sentimentele ei din acea perioadă erau fireşti la timpul respectiv şi acceptabile, dar că acum ele nu mai sunt necesare)

P. (Semn): – Da.

Dr.: – Bine. Sarah de 18, 19 ani, acum că ai auzit asta, mai trebuie să te simţi speriată, lovită, furioasă şi cu sentimentele de culpabilitate? (ca e încurajată să găsească singură o modalitate de a se elibera de aceste trăiri)

P.: – Nu.

Dr.: – Bine. Sarah, cea de 35 de ani, doresc să găseşti o cale pentru Sarah cea de 18 ani să scape de sentimentele de disconfort de care nu mai are nevoie. Când ai găsit soluţia, fă un semn cu capul!

P.: – Da (Semnal ideomotor) (Apoi, după ce s-au explorat toate conflictele trecute s-au administrat sugestii directe de întărire a ego-ului şi creşterea autostimei)

Dr.: – Deci, Sarah de 18 ani, există o cale prin care poţi scăpa de vechea tensiune care nu mai este necesară. Foloseşte-te de calea indicată şi când ai scăpat de teamă, fă semn. (Sugestiile au fost înregistrate pe o casetă şi ea trebuia să le asculte zilnic)

P. (Semn): – Da. Zâmbeşte. (Apoi pacienta a fost învăţată să practice autohipnoza pentru cazurile când s-ar simţi tensionată)

Dr.: – S-au dus toate. E bine acum, nu-i aşa? (Când Sarah a devenit mai relaxată s-a constat şi îmbunătăţirea relaţiilor cu soţul)

Hunter (1988) prezintă un set de sugestii utile pentru psihoterapia anxietăţii şi fobiilor: „Te voi învăţa o tehnică cu ajutorul căreia să poţi scăpa de atacurile de panică.

Stai foarte relaxat în fotoliu şi intri într-o stare de hipnoză profundă. Te afli cu mine în cabinet şi eşti în deplină siguranţă. Caută acum să retrăieşti stările pe care le ai în timpul unui atac de panică. Retrăieşti doar atât din acele stări cât crezi să ai posibilitatea să controlezi. E bine aşa. Acum, dacă totul e în regulă, caută să retrăieşti stările respective la nivel maxim şi încearcă să observi ce se întâmplă. Poate că inima începe să bată mai repede, poate respiraţia devine mai accelerată sau poate simţi o încordare în stomac. Unii oameni au o senzaţie de tensiune în zona capului şi le transpiră palmele.

Caută să retrăieşti în minte stările pe care le ai tu în situaţia când eşti cuprins de un atac de panică, fără a uita că poţi să limitezi trăirile până la nivelul pe care il doreşti, pentru că te afli în siguranţă.

Dacă totul este în regulă, retrăieşte stările resepctive cât poţi de intens. Când ai ajuns la trăirea maximă opreşte exerciţiul şi apoi caută să inversezi fiecare simptom în parte. Începe cu repsiraţia, care este cel mai uşor de controlat. Concentrează-te asupra respiraţiei şi fă în aşa fel încât respiraţia să devină calmă, liniştită, agrcabilă. O dată ce respiraţia s-a calmat, vei constata că şi bătăile inimii au tendinţa de reveni la normal, pentru că respiraţia şi inima lucrează împreună. Când respiraţia şi bătăile inimii s-au calmat aşteaptă puţin, apoi concentrează-te asupra altei senzaţii, poate asupra tremorului mâinilor sau asupra

senzaţiei de nod în gât sau de încordare în zona abdominală. Relaxează-te şi readu la normal fiecare simptom în parte. Când totul s-a normalizat, inspiră adânc şi continuă să te relaxezi.

Acum gândeşte-te la ce ai învăţat astăzi. Ai învăţat faptul că *ştii* exact la ce să te concentrezi şi ce să faci pentru a te calma. Mai mult, ai învăţat că *eşti capabil* să faci asta. Ai reuşit singur să inversezi fiecare simptom readucându-l la normal. Ştiam că eşti capabil să faci acest lucru şi ai dovedit-o cu prisosinţă.

Acum vom întări cele învăţate. Retrăieşti din nou stările proaste pe care le ai în timpul atacului de panică până la limita în care eşti capabil să le controlezi. Apoi caută să le retrăieşti la nivel maximal, după care inversează fiecare simptom în parte, începând cu respiraţia. Când ai terminat inspiră adânc, apoi expiră. Simţi o mare uşurare, nu-i aşa?

Felicitări! Ai realizat acest lucru de două ori şi ai reuşit foarte bine.

Acum ştii ce ai de făcut când eşti cuprins de un atac de panică.

Cu altă ocazie o să vorbim şi de modalitatea de a preveni atacul pentru ca acesta să nu se mai producă de fel. Este însă destul de reconfortant să ştii că ai un instrument care te poate scoate din situaţie.

Trebuie să-ţi dai seama că atunci când inversezi simptomul *tu eşti cel care controlezi situaţia.*

Acum este momentul să mergem mai departe. (Instructajul următor se dă în cursul altei şedinţe de hipnoză).

Stai aşezat confortabil pe fotoliu, intră în hipnoză şi apoi adânceşte transa. Imaginează-ţi acum că te deplasezi în viitor atunci când vei realiza o călătorie cu avionul fără să-ţi mai fie teamă. Mai este o jumătate de oră până la aterizare şi stai comod în fotoliu cu o ceaşcă de ceai (cafea) şi cu un pahar de băutură răcoritoare, simţindu-te cât se poate de bine. Este o experienţă deosebit de plăcută, deosebit de plăcută.

Te simţi foarte mulţumit de tine, foarte satisfăcut. Eşti satisfăcut de propria persoană şi ai tot dreptul să fii. Savurează pentru un timp acest sentiment de satisfacţie.

Acum deplasează-te în timp spre momentul în care avionul tocmai a aterizat. Trăieşti un sentiment minunat de satisfacţie. Victorie! Am reuşit. Am rămas calm şi liniştit! Acum deplasează-te în timp la perioada când mai ai de zburat cam un sfert din distanţă. Te simţi cât se poate de bine şi nu ai nici o îndoială că zborul va fi încununat de succes.

Apoi deplasează-te în timp la perioada când mai ai de zburat aproximativ o jumătate din distanţă. Te simţi foarte bine. Timpul trece repede şi plăcut. Trăieşti intens senzaţia de reuşită.

Te deplasezi în timp la perioada când mai ai de parcurs trei sferturi din distanţa de zbor. Ai mult curaj pentru că totul decurge foarte bine. Te simţi liniştit, calm, cu totul altfel decât cu ocazia altor zboruri.

Te deplasezi şi mai mult în timp la perioada când tocmai te-ai îmbarcat în avion şi ţi-ai ocupat locul pe fotoliu. Trăieşti un sentiment plăcut de calm. Îţi spui în gând cu fermitate: „Voi reuşi cu bine!"

Te reîntorci şi mai mult în timp la perioada când te îndreptai spre aeroport. Te simţi plin de curaj pentru că *totul* va decurge foarte bine.

Te simţi liniştit, destins, cu totul altfel decât cu ocazia altor zboruri. Totul va fi foarte bine. De fapt totul *este* foarte bine.

Foarte repede, surprinzător de repede, te uiţi la ceas şi-ţi dai seama că a trecut mai mult de jumătate din durata de zbor. E nemaipomenit! Cum de a trecut timpul atât de repede şi de plăcut! Este un mare succes pe care îl trăieşti în adâncul fiinţei tale.

Puţin mai târziu observi că a mai rămas aproximativ un sfert din distanţa de zbor. Te simţi foarte bine, fiind absolut convins că restul duratei de zbor va fi încununat de succes.

Iată, acum avionul a aterizat. Ce sentiment plăcut de satisfacţie! Am făcut-o! Am reuşit!

Acum, când ai ajuns la destinaţie, stai comod pe un fotoliu şi îţi reaminteşti experienţa pozitivă. Trăieşti un puternic sentiment de satisfacţie şi eşti mândru că eşti persoana care eşti.

Capitolul 7

AUTOHIPNOZA

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conştiinţă indusă de către o altă persoană (hipnotizatori, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învaţă să şi-o inducă singur.

Pentru a încuraja independenţa şi autonomia pacientului se recomandă tot mai mult practicarea autohipnozei, mai ales după ce subiectul a realizat câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are şi menirea de a-l învăţa principiile şi tehnica autohipnozei. Totuşi, dacă problemele nu sunt prea grave, puteţi încerca şi singuri să aplicaţi o astfel de tehnică.

Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului şi o modalitate de explorare creativă a eului, în care subiectul îşi poate cunoaşte mai bine propriile probleme, le poate rezolva supunându-se propriilor autosugestii. În autohipnoză subiectul îşi investighează lumea sa subiectivă, gândurile, amintirile fanteziile pentru a afla mai precis cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultăţile şi particularităţile individului, se poate trece la depăşirea acestora şi la auperfecţionarea propriilor posibilităţi.

Concret, ce putem realiza prin autohipnoză?

– să ne cunoaştem mai bine şi mai profund;

– să ne relaxăm după o zi încordată şi agitată;

– să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme şi să stabilim o strategie de rezolvare a lor;

– să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristeţe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuaţii ale dispoziţiei şi randamentului, de gânduri negative si compleze de inferioritate;

– să ne îmbunătăţim capacitatea de concentrare a atenţiei, memoria, voinţa, să gândim mai lucid şi să ne autoprogramăm psihicul pentru o viaţă mai sănătoasă şi eficientă;

- să ne debarasăm de unele deprinderi negative cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.

Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conştiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde şi zone inconştiente la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raţionale. Acestea conţin atât resurse şi disponibilităţi creative nebănuite, cât şi conflicte şi psihotraume reprimate care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice.

Inconştientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit şi eficient sau, dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav.

Observaţiile empirice şi practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori, când apare un conflict între conştient şi inconştient, acesta din urmă este cel care câştigă bătălia. Mulţi psihologi spun chiar că inconştientul este un fel de ,,şef'' care ne conduce fără ca noi să ne dăm seama. În acelaşi timp însă, la nivel inconştient nu se poate face deosebirea dintre adevărul sau falsul unei informaţii, întrucât nu există posibilitatea de testare a realităţii. Dacă, dintr-un motiv oarecare, s-a fixat informaţia ,,Când Ana traversează o stradă sau o piaţă largă i se face rău'', atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanşează ca şi cum ar fi apăsat pe un buton de comandă; în mod inconştient se activează programul şi se declanşează simptomul.

Programarea ,,inconştientului'' se poate realiza în stare de relaxare sau, şi mai eficient, în stare de autohipnoză prin autosugestii de tip afirmativ, prin tehnica imaginaţiei dirijate (vizualizate) şi prin practicarea gândirii pozitive. Autosugestiile sunt afirmaţii prin care subiectul îşi spune în gând cum doreşte el să fie sau ce doreşte să realizeze.

7.1. **Construirea autosugestiilor**

Pentru ca autosugestiile să fie eficiente, se impune îndeplinirea anumitor condiţii:

– să se utilizeze doar afirmaţii cu conţinut pozitiv (de exemplu în loc de ,,nu-mi va mai fi niciodată teamă'' trebuie să spunem: ,,sunt deja calm, puternic, echilibrat!'');

– autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;

– după ce am practicat un timp autohipnoza sau relaxarea, putem utiliza şi autosugestii în stare de veghe, atunci când ne simţim nervoşi;

– autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când ne pregătim să facem faţă unei situaţii dificile sau care ne produce teamă.

Persoana care doreşte să practice autohipnoza trebuie să înveţe să-şi creeze propriile autosugestii pentru a-şi rezolva problemele personale. Acestea se construiesc pornind de la conţinutul problemelor şi gândurilor negative care ne vin în minte. De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: ,,Viaţa mea conţine multe lucruri pozitive'', ,,Vreau să trăiesc ca să mă bucur de toate lucrurile pozitive din viaţa mea'' etc.

Iată, pentru exemplificare, câteva modele de autosugestii pentru îmbunătăţirea imaginii de sine (Handley şi Neff, 1985):

– sunt o persoană echilibrată, eficientă şi generoasă, care merită să aibă succes;

– zi de zi, pe toate căile, eu devin persoana care doresc să fiu;

– sunt perfect calm, fericit, încrezător în propriile forţe;

– corpul meu este perfect sănătos şi normal;

– mintea mea funcţionează perfect şi găsesc în mine noi posibilităţi creative de a trăi.

7.2. **Tehnica vizualizării**

Vizualizarea (,,a te vedea în minte''), o altă tehnică de autoprogramare a inconştientului, constă în reprezentarea mentală a modului în care dorim să fim sau a situaţiei pe care dorim să o creăm. Ea se deosebeşte de simpla reverie sau visare diurnă prin faptul că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză şi are un caracter dirijat şi planificat.

Pentru ca vizualizarea să aibă efectul dorit, trebuie să respectăm, de asemenea, câteva reguli elementare:

– imaginile să aibă un conţinut pozitiv;

– să se folosească imagini detaliate, vii;

– imaginea să fie asociată cu autosugestia şi cu starea afectivă corespunzătoare;

– să se lucreze cu această tehnică suficient de mult timp (cel puţin 30 de zile pentru a rezolva „o problemă").

7.3. **Gândirea pozitivă**

Unii oameni sunt stresaţi datorită personalităţii de bază. Ei fac, probabil, parte din cadrul tipului A de personalitate, care munceşte zi şi noapte fără odihnă, fără să-şi acorde timp de relaxare sau distracţii. Pentru persoanele astfel structurate, perfecţioniste, orice mic eşec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine datorită psihotraumelor suferite în copilărie, iar cei din categoria a treia se văd pe sine în culori negative pentru că nu pot face faţă aşteptărilor exagerate, iraţionale din partea celorlalţi (de pildă, părinţii care nu concep ca fiul lor să nu fie premiant, îl silesc să facă pian şi matematică, deşi nu are aptitudini sau ar prefera altceva).

Oamenii pot atinge performanţe extraordinare când aleg corect lentilele prin care îşi observă propriilor limite. Acestea se realizează prin concentrarea asupra calităţilor, şi nu asupra propriilor defecte. Inconştientul persoanelor care au succes în viaţă e programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă şi deliberat.

De vreme ce am admis faptul că noi nu gândim clar şi că gândirea „negativă" este o parte a propriului psihic, putem încerca să o modificăm. Primul pas constă în identificarea manifestărilor gândirii negative, proces numit de psihologi conştientizarea cognitivă. Urmează înlocuirea ei treptată cu gândirea pozitivă – restructurarea cognitivă – proces care lucrează atât în stare de veghe, cât şi în relaxare.

Iată câteva modele de gândire negativă care influenţează multe persoane (după Handley şi Neff, 1985):

• tendinţa spre perfecţionism, tendinţă prin care individul îşi fixează standarde, exigenţe şi scopuri excesiv de înalte, neraţionale;

• concentrarea negativă constă în acordarea unei atenţii exagerate aspectelor negative permiţându-i să le întunece pe celelalte;

• refuzul pozitivului – este tendinţa de a căuta şi descoperi aspecte negative chiar în situaţiile pozitive (când cineva îmi face un compliment, îmi închipui că îşi bate joc de mine);

• fenomenul transformării „albului în negru". Aceasta se manifestă atunci când folosim fapte neutre sau chiar pozitive pentru a trage concluzii negative. Astfel, de multe ori se interpretează ca ostile acţiunile unei persoane care de fapt se simte stânjenită sau are o supărare personală;

• modelul amplificare-reducere reprezintă deprinderea de a exagera un eveniment negativ şi de a minimaliza unul pozitiv;

• crearea de fantasme prin care ne lăsăm în voia reveriei cu conţinut negativ ce ne invadează psihicul;

• comportamentul „trebuie" care ne determină să acţionăm împotriva voinţei noastre de parcă un şef imaginar şi sever ne-ar presa mereu. Această gândire tiranică nu face decât să producă culpabilitate care mai mult frânează decât ne ajută să acţionăm;

• eroarea de generalizare constă în a ne spune tot timpul că suntem răi sub toate aspectele dacă am făcut o greşeală oarecare. Adevărul este că toţi oamenii fac greşeli şi că nu sunteţi o persoană mai puţin valoroasă dacă vi s-a întâmplat să greşiţi.

O altă variantă a aceleiaşi erori o constituie şi tendinţa de a generaliza o respingere întâmplătoare asupra tuturor situaţiilor de viaţă (când o fată s-a purtat distant cu tine la o petrecere, îţi spui imediat că „nu faci două parale");

• asumarea unor responsabilităţi care nu ne privesc înseamnă a ne simţi vinovaţi de erorile şi comportamentele negative ale altor persoane (de exemplu, dacă soţul bea prea mult, soţia plânge şi-şi spune „e vina mea").

Cum putem opri cursul gândirii negative atunci când am identificat-o?

O metodă simplă este să rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenţia ori de câte ori exprimăm cu voce tare gândirea noastră negativă.

Când aceasta se exprimă în limbaj interior, putem utiliza metoda opririi bruşte (ne spunem în gând „opreşte!"), fie pe cea a încetinirii vocii interioare cu conţinut negativ (Unestähl, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare şi încercarea de a o face să

ne răsune în minte tot mai încet, până când nu se mai aude aproape deloc.

Acţiunea cea mai eficientă o realizează gândirea pozitivă în starea de relaxare sau autohipnoză. Pentru pacienta care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va intra în panică, se recomandă ca în stare de relaxare să îşi spună: ,,Ori de câte ori voi ieşi pe stradă corpul şi mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simţi calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă şi mă văd cu ochii minţii mergând peste tot, senină, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îmi fac plăcere."

Cum să inducem autohipnoza?

Primul pas în inducerea autohipnozei este învăţarea unei tehnici simple de relaxare.

În prezenta lucrare nu ne propunem descrierea mecanismelor relaxării, ci doar prezentarea unor procedee elementare care pot fi utilizate de către oricine, fără riscuri. Îi avertizăm pe cititori că, dacă problemele lor sunt mai serioase, este bine să se adreseze cabinetelor de psihoterapie sau medicină psihosomatică.

,,Luaţi o poziţie comodă, culcat pe spate, cu capul ridicat (este indicat să folosiţi o pernă mică) şi braţele uşor departe de corp, palmele în sus şi picioarele de asemenea uşor depărtate.

Puteţi, la nevoie, să vă aşezaţi şi într-un fotoliu, cu capul sprijinit şi braţele comod pe braţele fotoliului sau pe coapse.

La început încordaţi de câteva ori toţi muşchii şi apoi căutaţi să-i destindeţi, închideţi ochii şi imaginaţi-vă că destindeţi muşchii frunţii, obrajii, maxilarele. Căutaţi să simţiţi pleoapele grele, grele ca atunci când sunteţi pe cale să adormiţi. Relaxaţi apoi muşchii cefei şi gâtului, apoi umerii şi braţele de sus până în vârful degetelor. Destindeţi musculatura pieptului, abdomenului, spatelui. Căutaţi să vă imaginaţi cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele ca verigile unui lanţ care se întinde. Relaxaţi picioarele cu coapsele, gambele şi ajungând până la degete. Expiraţi de câteva ori profund şi lent; imaginaţi-vă că, o dată cu fiecare expiraţie, corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniştit. Apoi spuneţi-vă în gând că braţele devin grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginaţi-vă în acelaşi timp că două greutăţi (cărţi groase,

săculeţi cu nisip) sunt aşezate pe braţe şi le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizaţi greutăţile care apasă pe picioare şi le fac din ce în ce mai grele.

Spuneţi-vă apoi că tot corpul devine mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniştit; încercaţi să creaţi imaginea propriului corp care stă întins, liniştit, pe o pajişte însorită sau pe o plajă la mare.

Căutaţi să menţineţi imaginea plăcută şi odihnitoare în care vă vedeţi odihnindu-vă în mijlocul naturii şi spuneţi-vă că vă cuprinde o stare de calm, de linişte de pace interioară.

Vă simţiţi destinşi, liniştiţi şi parcă vă vine greu să ieşiţi din starea pe care singuri aţi creat-o şi acesta reprezintă cel mai bun indiciu în privinţa reuşitei relaxării.

Când doriţi să reveniţi, vă spuneţi în gând că reveniţi la normal, vizualizaţi corpul care îşi recapătă tonusul firesc, inspiraţi de câteva ori profund, expiraţi scurt, mişcaţi degetele de la mâini şi de la picioare, apoi braţele şi picioarele. Strângeţi de câteva ori pumnii, inspiraţi şi expiraţi şi apoi vă ridicaţi vioi, fără a brusca însă organismul.

Dacă relaxarea nu a reuşit, nu vă demobilizaţi, încercaţi de multe ori, în zile şi ore diferite. Până la urmă inconştientul dumneavoastră va găsi singur soluţia de a intra în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine."

Dar relaxarea nu este decât prima fază a autohipnozei pe care mulţi autori au denumit-o relaxare profundă.

După ce subiectul a participat la câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalităţile de a intra în autohipnoză i se vor părea destul de simple.

Hunter (1988) ne propune câteva tehnici de autohipnoză precum şi unele strategii de utilizare terapeutică şi autoformativă a acesteia.

,,Este momentul să începi să practici singur hipnoza acasă, pentru a întări ceea ce facem noi aici (se solicită cooperarea subiectului).

Trebuie să cunoşti faptul că, deşi există unele reguli generale de practicare a autohipnozei, este de dorit să-ţi găseşti acele formule sau ritualuri de a intra în autohipnoză care ţi se potrivesc mai bine (Personalizarea tehnicii).

Eu îţi voi prezenta o tehnică de intrare în stare de autohipnoză care s-ar putea să ţi se pară potrivită cu unele mici modificări: poate unele

cuvinte ai dori să fie altele, poate ai dori să utilizezi alte imagini sau alte amintiri ori poate un ritm diferit al vorbirii sau poate ai dori să-ţi vorbeşti în limba pe care o foloseai în copilărie.

Poate ca ceea ce îţi spun eu îţi aminteşe de ceva din propria ta experienţă, ceva ce ai dori să-ţi servească drept „cheie" pentru a intra în autohipnoză. (reamintirea şi retrăirea pe plan imaginativ a unor experienţe trecute reprezintă un fenomen regresiv).

Ţinând seama de ceea ce ţi-am spus, vei ajunge să-ţi găseşti calea proprie spre autohipnoză.

Totul trebuie să fie simplu. În hipnoză, cea mai bună tehnică este totdeauna cea mai simplă şi aceasta e tehnica numărării. (Evitaţi să cereţi subiectului să stea culcat pentru că astfel se induce mai curând somnul decât hipnoza.) Aşezaţi-vă într-o poziţie confortabilă, cu capul sprijinit, închideţii ochii şi începeţi să număraţi. Număraţi lent până când ajungeţi în starea de destindere dorită. Unii oameni au şi făcut un fel de pact cu ei înşişi, de tipul: „când voi ajunge cu numărătoarea la 10 mă voi afla într-o hipnoză uşoară, când voi ajunge la 20 voi fi într-o hipnoză moderată, iar când voi ajunge la 25 voi putea să mă ocup de problemele mele în stare de autohipnoză.

Există persoane care, în loc să numere, preferă să repete mereu serii de numere: 1-2-3-4-5; 1-2-3-4-5 etc., sau să repete în gând literele alfabetului şi aceasta le aduce aminte de experienţele din copilărie. (invitaţia la regresie reprezintă o sugestie *hipnotică*.) O altă modalitate de a obţine starea dorită este să vă *vedeţi* sau să vă *simţiţi* pe dumneavoastră înşivă coborând într-o grădină în terase sau, dimpotrivă, urcând o scară către *stele*, plutind tot mai uşor de la o treaptă la alta, fiecare treaptă ducând spre un nivel mai profund al hipnozei. Puteţi să vă imaginaţi oricâte trepte sau oricâte terase, câte credeţi că v-ar fi necesare pentru a atinge starea dorită. (Atenţie! Există persoane care au imaginaţie mai curând kinestezică decât vizuală. Cei care îşi imaginează starea de autohipnoză ca un fel de zbor, pot să nu agreeze imaginea de a *zbura* în jos. De asemenea, conceptul de a coborî sau de a se cufunda poate fi anxiogen pentru unii subiecţi. Oferiţi subiectului posibilitatea de a alege între imaginea urcării şi coborârii.)

Unii oameni preferă să folosească mai multe imagini: poate v-ar plăcea să vă imaginaţi că plutiţi într-o barcă pe apele unui râu, admirând razele soarelui ce se strecoară printre frunzele pomilor şi se reflectă în apa al cărei clipocit plăcut vă produce o stare de hipnoză. (Asiguraţi-vă că subiectul nu se teme de apă.) Sau poate v-ar plăcea să vă imaginaţi că plutiţi pe un nor sau să exploraţi cu ochii minţii galaxiile. Puteţi să utilizaţi orice vis treaz care vă face plăcere. Alţi oameni preferă să se joace cu culorile, imaginându-şi un fel de caleidoscop interior sau un punct colorat pe care îl privesc cu ochii minţii, imaginându-şi că se apropie tot mai mult şi devine tot mai mare, până când norul colorat îi învăluie complet, cufundându-i în hipnoză. Alţii preferă imagini şi sunete familiare cum ar fi tic-tacul ceasornicului, zgomotul valurilor mării, melodia preferată sau ritmul propriei respiraţii. (Concentrarea asupra unor procese interioare (*respiraţia*) tinde să accentueze hipnoza.)

Alegeţi acea metodă care vi se potriveşte mai bine şi concentraţi-vă asupra a ceea ce v-aţi propus timp de câteva minute. Repetaţi acest exerciţiu de concentrare timp de câteva minute, imaginaţi-vă că intraţi în autohipnoză prin metoda aleasă.

Aşezaţi-vă comod, cu capul sprijinit, închideţi ochii cu intenţia clară de a intra în autohipnoză. Simţiţi tremorul uşor al pleoapelor ca atunci când vi s-a indus hipnoza în cabinet. (Treceţi de la heterohipnoză la autohipnoză.) Bucuraţi-vă de starea plăcută de relaxare în care vă puteţi cufunda după *voinţă*. Repetaţi de câteva ori în gând întregul scenariu. Este autohipnoza dumneavoastră. Veţi învăţa să controlaţi starea de transă în felul următor: Eu voi număra de la 5 la 1. Înainte ca eu să ajung cu numărătoarea la 1 vă voi atinge fruntea cu degetul. Când veti simţi atingerea degetului meu, utilizaţi tehnica *personală* care vă va aduce înapoi în hipnoză, într-o stare puţin mai profundă decât cea în care vă aflaţi acum: „5-4, e bine aşa - 3 suntem la jumătatea drumului – 2 (terapeutul atinge cu degetul fruntea subiectului – acum intraţi prin metoda personală în autohipnoză. Mergeţi mai profund decât aţi făcut-o prima oară. Bine. (Sugestiile susţin ideea că subiectul va avea autocontrolul stării sale.) Atingerea degetului meu serveşte drept *întărire* pentru faptul că utilizaţi bine tehnica de autohipnoză.

Acum observaţi dacă ceea ce aţi realizat aici în cabinet împreună cu mine seamănă cu propria tehnică de autohipnoză utilizată. Dacă

credeţi că sunt necesare unele modificări, realizaţi-le *acum*. (Se oferă subiectului posibilitatea să mai realizeze o repetiţie, de data aceasta într-un mod diferit).

Acum voi întări din nou tehnica aşa cum am făcut înainte: Eu voi începe să număr de la 5 la 1 şi, înainte de a ajunge cu numărătoarea la 1, veţi simţi degetul meu arătător atingându-vă fruntea. Când aţi simţit atingerea, utilizaţi tehnica personală de autohipnoză pentru a vă aduce înapoi la starea de relaxare, dar într-o stare ceva mai profundă decât cea în care vă aflaţi acum. 5-4-3 (atingerea frunţii) – reîntoarceţi-vă acum înapoi în relaxare, pe calea proprie. Atingerea degetului meu arătător nu este decât o *întărire* pentru modul personal în care intraţi în hipnoză. (Se accentuează ideea că subiectul are controlul situaţiei. Acesta este *aprobat* pentru ceea ce face.) Lăsaţi-vă dus spre o stare de relaxare mai adâncă şi mai plăcută, stare care este potrivită pentru dumneavoastră în momentul de faţă. *E foarte bine aşa.* Aţi învăţat acum o tehnică pe care o veţi putea realiza atunci când, dintr-un motiv sau altul, veţi dori să aprofundaţi starea de autohipnoză. E bine să ştiţi că noi nu putem forţa în nici un fel subconştientul să realizeze ceva. Nu-l putem deci nici forţa să intre într-o hipnoză mai profundă. Putem, în schimb, să-l încurajăm, şi vom face acest lucru în tehnicile de adâncire a autohipnozei. (Pentru ca tehnica autohipnozei să aibă succes este bine ca subiectul să exerseze zilnic şi, pe cât posibil, la aceeaşi oră). Va fi o întâlnire cu dumneavoastră înşivă. Dacă acordaţi autohipnozei 5 sau 15 minute are mai puţină importanţă. Cu adevărat important este să se lucreze zilnic, pentru că authipnoza reprezintă un reflex condiţionat: cu cât o practici mai mult, cu atât reuşeşti mai bine şi cu cât reuşeşti mai bine, cu atât este mai folositoare.

*

Subiecţilor trebuie să li se facă unele precizări:

- Frecvent tehnica aplicată acasă nu dă rezultate la fel de bune ca cea realizată împreună cu terapeutul. Dacă subiectul este prevenit, el nu va mai fi dezamăgit.
- Trebuie să i se atragă atenţia pacientului că nivelul de profunzime a autohipnozei este rareori identic cu cel al heterohipnozei, mai ales la începători.

- Subiectul trebuie să ştie că, atunci când realizează autohipnoza o mică parte a conştientului rămâne în stare de alertă, pentru a conduce procesul, în timp ce în heterohipnoză şi acea mică parte poate să se relaxeze.
- Trebuie menţionate şi faptul că şi în cazul în care subiectul atinge doar o stare foarte uşoară, experienţa este dezamăgitoare, totuşi merită efortul de a continua, pentru că orice nouă experienţă nu face decât să întărească tehnica.
- Subiectul trebuie învăţat să utilizeze proproziţii simple, afirmative, să evite *negaţiile* şi să limiteze lucrul doar la una sau două probleme pe care le are de rezolvat în cursul unei singure şedinţe de autohipnoză.

Teme pentru acasă (Hunter, 1988):

În cadrul acestor teme veţi învăţa să conversaţi cu subconştientul dumneavoastră.

Şedinţa I

a. Prima temă pe care i-o vom da subconştientului se va referi la strângerea de informaţii. Veţi explora trecutul, prezentul şi poate chiar viitorul pentru a intra în posesia acelor informaţii care vă sunt utile în cursul psihoterapiei. Subconştientul va aduna pentru dumneavoastră aceste informaţii, le va organiza, le va filtra şi va fi gata să le prezinte mentalului conştient la timpul potrivit şi în forma potrivită.

Probabil nici nu vă puteţi da seama că acest proces are loc deoarece el se desfăşoară dincolo de pragul conştiinţei. Din când în când poate ar fi bine să aruncaţi o privire dincolo de acest prag şi atunci o amintire veche vă poate veni în minte şi chiar vă veţi întreba: „oare de ce m-am gândit tocmai la asta?". Se poate întâmpla ca un lucru care până atunci părea confuz să devină dintr-o dată clar, fără să ştiţi de ce, sau se poate întâmpla să priviţi din alt punct de vedere un lucru la care v-aţi gândit până acum de sute de ori, surprinşi de faptul că nu l-aţi examinat până atunci din noua perspectivă. (Pacienţii relatează frecvent în cursul celei de-a doua şedinţe că şi-au amintit tot felul de

lucruri din trecut.) Dacă aceste lucruri se întâmplă veţi remarca faptul că ele se desfăşoară la un nivel foarte subtil.

b. A doua temă pe care o dăm subconştientului seamănă cu prima şi amândouă pot fi realizate simultan: îi cerem subconştientului să reevalueze vechi probleme care au legătură cu perioada prezentă. (Sugestii pentru modificarea perspectivei.) De pildă, copilului care aţi fost, casa părintească i se părea uriaşă, în timp ce adultului de acum ea îi poate părea normală, poate chiar mică. Nu casa s-a schimbat, ci *noi* ne-am schimbat.

Deci, toate interpretările de odinioară erau valabile, dar pentru timpul de atunci, pentru că atunci eraţi o persoană diferită. Este bine să lăsăm subconştientul să reevalueze vechile lucruri, perfect valabile si folositoare atunci, dar care nu mai sunt valabile şi folositoare într-o altă etapă a existenţei noastre. (Noua perspectivă poate modifica tabloul unui eveniment.) De aceea, este bine ca asemenea experienţe să fie reevaluate, modificate, aduse cumva la zi, astfel încât să fie încheiate şi puse de-o parte.

Înlăturând vechile experienţe care s-ar putea să vă deranjeze şi în prezent, faceţi loc pentru noi lucruri bune care trebuie să se întâmple. (Se sugerează că se vor întâmpla noi evenimente pozitive).

Şedinţa a II-a

A sosit deja timpul ca eu să mă adresez mai direct subconştientului dumneavoastră, aşa că lăsaţi-vă mintea conştientă să facă ceea ce doreşte. Dacă ea doreşte să asculte, este foarte bine. Dacă vrea să-şi ia zborul este, de asemenea, foarte bine. Eu mă voi adresa direct subconştientului pentru că a sosit timpul sa-i mai trasez o sarcină.

Prima temă constă în a-i cere subconştientului să aleagă din noianul de informaţii culese exact acea informaţie care este relevantă pentru o anumită situaţie particulară. Lăsaţi subconştientul să aleagă el situaţia respectivă.

Noi putem să credem că o anumită situaţie trebuie să fie în atenţia noastră, dar subconştientul deţine mult mai multe informaţii despre situaţia respectivă decât conştientul.

Să dăm deci conştientului libertatea de a alege situaţia şi de a extrage acea informaţie pe care o consideră relevantă şi să procedeze aşa cum crede el de cuviinţă.

Veţi avea astfel o săptămână interesantă pentru că ceva în viaţa dumneavoastră se va schimba un pic în sens pozitiv şi nu ştim încă exact despre ce e vorba. (Puţin mister are un caracter incitant pentru subiect.) Va fi probabil un lucru minor: ceva vi se va părea mai uşor de făcut, nu vă va mai deranja în aceaşi măsură, veţi găsi o nouă cale de a realiza acel lucru etc.

Pentru că este vorba de un lucru neînsemnat, păstraţi conştiinţa trează pentru a fi capabili să recunoaşteţi mica schimbare şi, când o găsiţi, bucuraţi-vă de ea. (Căutaţi un lucru bun şi cu siguranţă îl veţi găsi.)

A doua temă este identică cu cea pe care aţi mai realizat-o deja: lăsaţi subconştientul să reevalueze vechi probleme, valabile la timpul respectiv, dar care acum au devenit piedici, sunt învechite şi ar trebui revizuite, modificate, *Vindecate*, astfel încât să fie pe deplin încheiate şi puse de-o parte. În felul acesta, veţi face loc pentru lucruri Noi şi Bune care deja se întâmplă. Da, da! Ele se întâmplă deja. (Se accentuează termenul „Vindecate". Sugestia de vindecare este preluată direct.)

Veţi recunoaşte cu siguranţă starea de autohipnoză după profunzimea ei, după senzaţia plăcută de plutire, de linişte, parcă de pierdere a percepţiei propriului corp, cât şi după starea afectivă agreabilă de linişte, calm şi încredere.

Odată starea instalată, putem, investiga inconştientul în legătură cu propriile probleme şi apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga existenţă, devenind mai sănătoşi, mai echilibraţi, mai fericiţi, mai eficienţi.

Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizăii, a cultivării gândirii pozitive şi prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriţi să vă transformaţi.

A dori şi a spera nu atrag automat după sine nici o schimbare. În schimb, stabilirea unor scopuri o poate aduce, ele reprezentând treptele de urmat pentru a face ca o schimbare dorită să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorinţele noastre devin scopuri pentru inconştient, se fixează sub forma unor programe care ne dirijează exis-

tenţa. Din păcate, adesea, aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea.

Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm trebuie să fim animaţi de dorinţa fierbine de a reuşi să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de important pentru individ, astfel încât să-l facă să-şi mobilizeze forţele pentru a-l atinge.

În acelaşi timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem, transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un scop stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca şi celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. Înlocuiţi formulare „nu mai vreau să fiu grasă" cu formularea „mă văd suplă".

Unii autori consideră că ceea ce s-a prelucrat în stare de autohipnoză se va întări în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca şi cum", ceea ce înseamnă „comportaţi-vă ca şi cum aţi fi deja persoana care doriţi să deveniţi".

7.4. **Autohipnoza şi rezolvarea de probleme** (Hunter, 1988)

Rezolvarea de probleme în stare de hipnoză oferă subiectului posibilitatea să facă ceva în mod diferit. Oamenii sunt, de regulă, atât de prinşi în cercul vicios al dilemelor lor, încât au impresia că nu mai există nici o soluţie.

Tehnicile propuse de Marlene Hunter nu sunt altceva decât modalităţi de schimbare a sistemului de referinţă prin prisma căruia este privită problema.

Persoanele care se prezintă la psihoterapie aşteaptă un fel de cură miraculoasă care să le rezolve situaţia, ei dorind mai curând să-i schimbe pe ceilalţi decât pe sine, ceea ce reprezintă o cerinţă nerealistă. Hipnoza oferă subiecţilor o modalitate neanxiogenă de ieşire din situaţie – un nou mod de abordare a situaţiei.

Milton Erickson afirmă că fiecare om are în el informaţia necesară şi suficientă pentru schimbare, iar terapeutul nu face decât să faciliteze această schimbare.

- *Tehnica celor trei cutii* (Hunter, 1988)

Metoda pe care o vom învăţa astăzi est foarte simplă, parcă ar fi un joc de copii şi, datorită simplităţii ei, se potriveşte oricărui fel de problemă. Mai mult, tehnica fiind simplă, nu va trebui să irosiţi energie pentru realizarea ei, ci doar pentru rezolvarea situaţiei care vă frământă.

Gândiţi-vă pentru început la o problemă de mică importanţă din viaţa dumneavoastră, la un lucru pe care aţi dori să-l faceţi mai bine decât îl faceţi la ora actuală. Analizaţi situaţia problematică desprinzând elementele ei componente.

Imginaţi-vă apoi că aveţi trei cutii. Pe prima cutie se află o etichetă pe care scrie „Ceilalţi oameni". Imaginaţi-vă că aşezaţi în această cutie toate părţile problemei care sunt generate de alţi oameni. Desigur, poate să apară tentaţia de a considera că întreaga problemă este generată de ceilalţi, dar, dacă ne gândim mai bine, ne dăm seama că nu este chiar aşa.

Pe a doua cutie „lipiţi" eticheta „Fapte" şi aşezaţi în ea datele realităţii obiective. De pildă, dacă aveţi un termen pentru o lucrare, data respectivă va fi aşezată în cutia imaginară pe care scrie „Fapte". Dacă termenul este stabilit de o altă persoană, această persoană va fi plasată în prima cutie.

A treia cutie se va referi la propria persoană şi va purta eticheta „Eu". Aici veţi „plasa" reacţiile personale şi trăirile legate de situaţia respectivă, cum ar fi, de pildă, reacţia la gândul că se apropie termenul de predare a lucrării. Îşi vor găsi locul aici teama, mânia, mândria, tristeţea, experienţele trecute, dorinţele, aşteptările.

Luaţi apoi cutia pe care scrie „Ceilalţi oameni" şi aruncaţi-o cât mai departe, pentru că este limpede că nu-i putem schimba pe ceilalţi. Desigur, ceilalţi se pot schimba, dar ei o vor face sub imperiul nevoii lor interioare. Atenţie, nu „aruncaţi" la coş oamenii, care pot fi persoane semnificative în viaţa dumneavoastră (soţi, copii, părinţi, prieteni), ci doar ceea ce reprezintă contribuţia lor la situaţia care vă face nefericiţi.

Luaţi acum a doua cutie pe care scrie „Fapte" şi aruncaţi-o şi mai departe pentru că e limpede că nu putem modifica datele realităţii

obiective. Situaţia se poate schimba, desigur, dar atunci avem de-a face cu un nou set de date obiective.

Dacă analizaţi acum problema dumneavoastră veţi constata că ea are o configuraţie diferită: în primul rând este mai mică şi în al doilea rând au rămas din ea acele părţi în privinţa cărora se poate face ceva.

Să desfacem acum cutia a treia. S-ar putea ca în interiorul ei să existe anumite elemente care, într-adevăr, nu se pot schimba (de pildă, nu putem să ne modificăm vârsta, în cazul în care pensionarea este problema care ne supără). Unele persoane ar decide să pună acest element în categoria ,,Fapte", deşi fiind un factor personal, poate fi plasat în cutia ,,Eu".

În cutia a treia s-ar putea să existe şi unele elemente care se pot schimba, dar, pe care, dintr-un motiv sau altul, nu doriţi să le schimbaţi. Nu are importanţă care sunt motivele acelea (egoiste, banale), trebuie doar să *recunoaşteţi* respectivele elemente şi să le plasaţi în cutie într-un loc accesibil, astfel încât să le puteţi reevalua atunci când veţi dori s-o faceţi.

Au mai rămas acum puţine elemente în cutia a treia, poate unul sau două şi pe acestea sunteţi *gata să le schimbaţi.*

Acesta reprezintă începutul unei rezolvări constructive a problemei. Observaţi aceste mici părţi ale problemei, părţi pe care doriţi să le schimbaţi şi începeţi prin a da curs primei modificări. Curând veţi fi surprinşi să constataţi că lucrurile care vă deranjau nu mai constituie o ,,problemă", ci doar o situaţie pe care o puteţi stăpâni foarte bine.

- *Metafora ,,icebergului"* (Hunter, 1988)

Există multe metafore care ne ajută să ne rezolvăm problemele de viaţă şi una dintre acestea este metafora ,,icebergului".

Se ştie că un iceberg este o bucată uriaşă de gheaţă care pluteşte în ocean, doar a noua parte din ea fiind vizibilă deasupra apei, restul fiind ascuns sub apă.

Să definim problema care vă supără drept un ,,iceberg", rezolvarea ei reprezentând topirea icebergului. Este foarte dificil să topim un iceberg atât de mare şi de rece, dar e mult mai uşor să topim un cub de gheaţă.

Deci pentru a topi icebergul nostru şi respectiv pentru a rezolva problema, imaginaţi-vă că rupeţi o bucăţică de gheaţă din marele iceberg. O puteţi topi în multe feluri: ţinând-o în mână, expunând-o la soare sau sub un jet de apă. Dar ce se întâmplă când topiţi cubul de gheaţă?

Ei bine, nu mai aveţi gheaţă, ci doar apă, şi apa este o materie diferită. Priviţi acum icebergul. Locul de unde aţi desprins bucata de gheaţă străluceşte la lumina soarelui în culori minunate, albastru şi verde, culori pe care nu le-aţi observat înainte pentru că erau ,,ascunse" de suprafaţa plată a ,,icebergului". Icebergul are acum o formă *diferită*, are dimensiuni mai mici şi chiar mai mult, o bucată din el, care înainte era ascunsă sub apă, a ieşit acum la suprafaţă şi *poate fi văzută.* (Când se schimbă o parte, se schimbă şi restul problemei care capătă un aspect diferit.)

Continuaţi să desprindeţi mici bucăţi de gheaţă din iceberg şi să le topiţi şi veţi observa că treptat va apărea o situaţie cu totul diferită: aţi obţinut o rezervă însemnată de apă folositoare, iar icebergul – care părea atât de mare şi înfricoşător – are acum o cu totul altă formă şi dimensiune şi scânteiază în culori strălucitoare pe care le admiraţi şi le apreciaţi. (Se subliniază pentru pacient aspectul total nou al situaţiei, ca şi eventualele avantaje neaşteptate.)

- *Metafora punţii şi a bolovanului* (Hunter, 1988)

Imaginaţi-vă că urcaţi cu greu cărările unui munte înalt. Pe drumul stâncos este foarte cald. În dreapta şi în stânga sunt stânci şi prăpăstii. Sunteţi foarte obosit şi însetat şi nu se întrevede nici o uşurare. Din câte ştiu, acesta este *singurul* drum pe care puteţi merge pentru a ajunge acolo unde doriţi şi este forate important să ajungeţi acolo.

Deci, urcaţi însetat şi obosit, luptând cu înălţimile, treaptă cu treaptă. (Treaptă cu treaptă, pas cu pas, reprezintă sugestia de a nu sări peste etape.)

Mai faceţi un pas şi încă un pas. Deodată observaţi că o bucată mare de stâncă, rostogolită de undeva de sus, vă barează calea.

(Metafora dificultăţii neaşteptate.) Ce este de făcut? Puteţi dacă doriţi, să vă continuaţi călătoria împingând bolovanul şi înaintând aşa.

Este foarte obositor şi vă ia foarte mult timp şi energie, dar o puteţi face. Unii oameni sunt în stare s-o facă. (Unii subiecţi nu-şi dau seama că au posibilitatea de alegere şi continuă să lupte cu încăpăţânare făcând mereu acelaşi lucru.)

Da, *poate* aţi putea folosi puţin din energia dumneavoastră şi, în loc să împingeţi bolovanul înainte, l-aţi putea deplasa puţin într-o parte, doar puţin, cât să vă strecuraţi pe lângă el. Sau aţi putea să vă căţăraţi pe stânci şi să ocoliţi drumul principal, după care aţi reveni la el.

Aţi ajuns cumva de partea cealaltă a drumului şi vă puteţi continua călătoria. În acelaşi timp vă puteţi întoarce oricând înapoi şi puteţi să atacaţi obstacolul într-un mod diferit în viitor dacă, bineînţeles, doriţi s-o faceţi. (Pacientul nu a ,,distrus punţile" şi poate aborda obstacolul altădată.)

Să presupunem că aţi procedat aşa. Vă aflaţi de cealaltă parte a bolovanului, continuându-vă călătoria şi drumul devine tot mai îngust, tot mai abrupt, mai plin de praf. Stâncile sunt tot mai colţuroase, şi prăpastiile tot mai adânci. Mergeţi mereu înainte şi nu vedeţi capătul drumului, dar continuaţi să urcaţi. La un moment dat ajungeţi la o prăpastie adâncă şi constataţi că podul peste respectiva prăpastie s-a rupt. Vedeţi cum drumul continuă de partea cealaltă. (*Se sugerează ideea că orice problemă implică mai multe dificultăţi.*)

Ce este de făcut? *Dacă doriţi*, vă puteţi continua călătoria căţărându-vă cu dificultate pe peretele stâncos din partea laterală a prăpastiei. Este un drum *dureros* şi greu, dar unii oameni îl fac. (Metafora pentru depresie.)

Aţi putea însă să vă folosiţi toată imaginaţia şi creativitatea pentru a găsi o modalitate de a realiza o punte provizorie peste prăpastie.

S-ar putea să răsturnaţi un copac peste prăpastie, astfel încât crengile sale să ajungă de cealaltă parte a râpei, sau să împletiţi o frânghie din ierburi ori aţi putea folosi curcubeul drept punte! (Pacientul deţine în el informaţia cu privire la ce are nevoie!)

Trebuie să treceţi dincolo şi să vă continuaţi călătoria. Puteţi oricând reveni pentru a cerceta prăpastia dacă acest lucru este important pentru dumneavoastră. (Poate altădată pacientul doreşte să ştie ceva mai mult despre acest obstacol.)

Deci, dacă uneori vă simţiţi blocat în acţiunile pe care intenţionaţi să întreprindeţi, solicitaţi subconştientul să gândească pentru dumneavoastră problema utilizând imaginile cu stânci şi punţi, pentru că totdeauna *există o soluţie*.

O altă abordare a unor situaţii problematice constă în a sugera subiectului să împartă problema în capitole sau în domenii ca, de pildă, şcoala, situaţia de acasă etc. sau probleme dificile, probleme uşoare de rezolvat, dileme, dificultăţi financiare etc. Se poate considera, de asemenea, că fiecare capitol trebuie să reprezinte o etapă în viaţa individului.

- *Modificarea sistemului de referinţă*

Modificarea sistemului de referinţă înseamnă abordarea situaţiei dintr-un nou context.

,,Rescrierea" scenariului de viaţă

Pacientul nu se află în hipnoză când începe aplicarea acestei tehnici. I se administrează următorul instructaj: ,,Săptămâna trecută, când te-ai aflat în hipnoză, ţi-ai amintit de o experienţă foarte neplăcută pe care ai trăit-o demult. (Unii terapeuţi obişnuiesc să solicite mai multe detalii cu privire la experienţa respectivă. Marlene Hunter preferă să cunoască doar cadrul general şi să lase subconştientul pacientului să prelucreze informaţiile în modul său particular.)

Am căzut amândoi de acord că vom căuta alinare suferinţei trecute. Adesea obişnuiam să ne spunem: ,,dacă aş fi ştiut atunci ceea ce ştiu acum, aş fi procedat cu totul altfel." Desigur, oricine ar fi procedat aşa. Dar să nu uităm că atunci *Nu am ştiut şi am procedat cât se poate de bine ţinând seama de informaţiile de atunci.* (Validarea deciziilor anterioare.) Sunt sigur că *aţi procedat în modul cel mai corect la timpul respectiv.* De asemenea, noi tindem să credem că, dacă am fi procedat altfel, ar fi fost mai bine. *Să nu uităm însă că nu aveam de unde să ştim acest lucru.* (Deculpabilizarea subiectului.) Ceea ce ştim sigur este că, dacă am fi procedat diferit, evenimentele ulterioare ar fi fost diferite, fără să putem şti dacă ar fi fost mai bune sau mai rele.

Acum, când ştiţi mai multe, puteţi vedea retrospectiv diverse alternative ale situaţiei respective. În stare de hipnoză vă veţi întoarce în timp şi veţi retrăi situaţia respectivă aşa *cum aţi fi dorit să fie*. Desigur, mintea dumneavoastră conştientă ştie foarte bine ce faceţi, dar subconştientul poate folosi experienţa hipnotică pentru a vindeca vechile răni.

Aşezaţi-vă confortabil în fotoliu şi urmăriţi cu privirea degetul meu care coboară încet până când vă atinge fruntea. În timpul acesta ochii dumneavoastră se închid, simţiţi un uşor tremor al pleoapelor şi intraţi în hipnoză în modul dumneavoastră personal, până la acel nivel care vă este necesar pentru a obţine ceea ce doriţi să obţineţi astăzi. E bine aşa. Când credeţi că aţi atins profunzimea dorită inspiraţi adânc ca să ştiu şi eu că vă aflaţi în starea dorită. E bine aşa. Vă simţiţi în siguranţă în stare de hipnoză în cabinetul meu. Când veţi simţi atingerea degetului meu pe fruntea dumneavoastră lăsaţi subconştientul să se întoarcă în timp, atunci când a avut loc acea experienţă dureroasă. Simţindu-vă apărat şi în siguranţă la mine în cabinet, retrăiţi pe plan mental experienţa respectivă. Dacă vă vine să plângeţi, plângeţi. Lacrimile vor spăla vechea durere. Dacă o să-mi daţi voie vă voi şterge eu lacrimile. (Nu trebuie să atingem subiectul fără să-i cerem permisiunea.) Când aţi terminat de retrăit experienţa neplăcută în gând, faceţi-mi un semn. (Pacientul dă din cap.) Bine.

Acum lăsaţi subconştientul să se întoarcă din nou în timp şi retrăiţi de data aceasta experienţa aşa *cum aţi fi dorit să fie*, scoţând la iveală toate informaţiile, cunoştinţele şi nivelul de înţelegere pe care le aveţi acum. Folosiţi tot ce aţi învăţat de-a lungul timpului pentru a reaşeza vechea experienţă într-un nou cadru. Plasaţi-o în alt sistem de referinţă. Ştiţi deja cum trebuie să faceţi asta. E bine aşa. Când aţi terminat modificarea cadrului din care priviţi vechea experienţă neplăcută, lăsaţi din nou subconştientul s-o retrăiască încă o dată, ca şi cum ar fi prima oară.

Când procedaţi astfel conştientizaţi faptul că se produce un proces de vindecare. *Simţiţi* cum are loc vindecarea. Căutaţi s-o trăiţi. Rămâneţi cât timp doriţi în stare de hipnoză. Eu voi fi atent la ceas pentru dumneavoastră. Lăsaţi procesul subconştient să lucreze şi să vindece toate amintirile dureroase, astfel încât acestea să vi se pară îndepărtate,

să nu vă mai tulbure atunci când le priviţi cu ochii minţii dintr-un nou punct de vedere.

Pentru ca subiectul să-şi dea seama de ce trebuie să-şi administreze doar sugestii pozitive i se dă următorul exemplu: caută să Nu te gândeşti la pantera roz! După câteva momente el este întrebat: Nu-i aşa că te-ai gândit la pantera roz? Bineînţeles că subiectul se va gândi exact la ceea ce i s-a cerut să nu se gândească?

Trebuie să i se explice, de asemenea, că logica şi cuvintele reprezintă modul de operare al conştientului, în timp ce subconştientul operează cu *imagini*, *metafore*, *simboluri* şi este foarte dificil de lucrat cu imagini negative pentru că mentalul creează exact imaginea pe care prin cuvinte îi cerem să n-o creeze. Astfel, în loc să ne spunem „nu mi-e teamă" este bine să ne spunem: mă simt calm".

Subiectul trebuie să conştientizeze şi faptul că există cuvinte prin care el se autosabotează, cum ar fi cuvântul „încearcă", pentru că ori de câte ori folosim acest cuvânt, în el se află posibilitatea implicită a eşecului. (Undeva în gând parcă sună o voce care ne spune: n-ai să reuşeşti!)

În loc de „încearcă" se pot folosi alţi termeni ca, de pildă, „caută", „învaţă" etc. Cel mai bine este însă să se utilizeze sugestii *explicite* atunci când se urmăreşte modificarea sistemului de referinţă din care este privită problema. Astfel, afirmaţia „totdeauna încurc lucrurile" devine „viaţa m-a învăţat unele lucruri utile" sau „niciodată nu mă voi însănătoşi" devine: „sunt convins că în viitor o să mă simt din ce în ce mai bine".

Să alinăm copilul care se ascunde în noi (Hunter, 1988)

În fiecare dintre noi se află un ego de copil, şi acestei părţi a psihicului nostru îi vom acorda atenţie în cele ce urmează:

„Aşezaţi-vă comod şi intraţi în hipnoză la acel nivel care consideraţi că este potrivit. E bine aşa. Acum acordaţi atenţie acelei situaţii când... (se descrie situaţia care îl preocupă pe pacient) Da, bine. Retrăiţi în minte situaţia respectivă aşa cum aţi trăit-o atunci. Fiţi atenţi la sentimentele care însoţesc experienţa respectivă, sentimente care v-au copleşit cândva. Când veţi simţi atingerea degetului meu pe frun-

tea dumneavoastră lăsaţi subconştientul să se întoarcă în timp la perioada când *aţi trăit pentru prima oară acele sentimente*. Vă imaginaţi că sunteţi în acea perioadă, trăind acele sentimente. Vă simţiţi copilul mic *speriat* şi *nefericit* care se străduieşte, după puterile sale, să înţeleagă ce se întâmplă şi să procedeze cât mai bine posibil, dar el este speriat şi nefericit şi nu ştie ce să facă. Aţi identificat copilul mic din interiorul fiinţei dumneavoastră care are atâta nevoie de prezenţa dumneavoastră pentru că sunteţi singurul care ştie ce a simţit acel copil atunci, singurul care poate înţelege şi singurul în care copilul poate avea încredere. Întărirea ego-ului copilului vă conduce la întărirea ego-ului adultului.)

Arătaţi afecţiune copilului din interiorul dumneavoastră, imaginaţivă că îl cuprindeţi în braţe şi îl mângâiaţi. Spuneţi-i că este un băiat (o fată) bun(ă), că ştiţi că este un băiat bun, că totdeauna s-a străduit să se poarte cât mai bine cu putinţă. Spuneţi-i cât de mult îl respectaţi pentru asta, pentru că s-a străduit din răsputeri să se poarte bine. Spuneţi-i că *ştiţi* acest lucru.

Acum veţi fi capabil (nu ştiu exact cum veţi proceda, dar sunt sigur că veţi reuşi) să-i explicaţi copilului din dumneavoastră ceea ce el trebuie să înţeleagă pentru a se simţi mai bine. (Diverşi subiecţi au modalităţi diferite de a comunica cu ei înşişi). Explicaţi-i că, deşi se simte derutat şi nefericit acum, *ştiţi că el se va simţi în curând foarte bine*.

Sunteţi singurul în stare să-i spuneţi aceasta şi singurul pe care el îl va crede. E bine aşa. Acordaţi afecţiune şi sprijin copilului din interiorul fiinţei dumneavoastră.

Spuneţi-i în acelaşi timp că îi veţi acorda de-acum înainte mai multă atenţie, că veţi căuta să-l cunoaşteţi mai bine. Aveţi atât de multe să-i oferiţi şi el *are atât de multe să vă ofere* la rândul său: creativitatea, bucuria copilăriei, curiozitatea, tendinţa de a cerceta şi capacitatea de a se mira. (Sugestii referitoare la explorările viitoare în sfera propriei vieţi psihice; se oferă subiectului posibilitatea de a-şi redobândi ceva din entuziasmul tineresc).

Spuneţi-i copilului din interiorul fiinţei dumneavoastră că îl veţi vizita din nou şi dacă el doreşte să vă viziteze o poate face „bătând" la poarta subconştientului şi cerându-vă permisiunea să intre în comu-

nicare cu dumneavoastră. În acel moment veţi simţi dorinţa de a intra pentru scurt timp în stare de hipnoză pentru a lua contact cu ego-ul dumneavoastră mai tânăr. Astfel veţi avea posibilitatea să-l auziţi când vă cheamă.

Acum luaţi-vă rămas bun de la copilul din dumneavoastră, spunându-i că îl veţi vizita cât mai des. E bine aşa. Când vă luaţi rămas bun de la ego-ul de copil, rămâneţi în hipnoză şi reveniţi la timpul prezent, la data de..., în cabinetul meu.

Să adresăm un cuvânt de mulţumire protectorului interior
(Hunter, 1988)
(Pacientul se află în hipnoză şi prezintă unele modele de comportament dezadaptive pe care, dintr-un motiv sau altul, nu reuşeşte să şi le modifice.)

„Amintiţi-vă faptul că orice comportament a fost declanşat cu un scop. Ne punem întrebarea care o fi fost motivul pentru care s-a declanşat respectivul comportament, motiv care poate rămâne ascuns. Trebuie însă să fim convinşi de faptul că acest comportament a servit unui scop important stabilit de subconştient pentru acel moment deoarece acesta a făcut şi face eforturi de a-l menţine până în ziua de azi.

Vă aflaţi acum în situaţia de a fi prizonierul unui comportament de care vreţi în mod sigur să vă debarasaţi. În cazul acesta trebuie să adresaţi cu fermitate un mesaj subconştientului, în acelaşi timp recunoscând şi respectând faptul că ego-ul dumneavoastră interior a făcut ceea ce a considerat ca trebuie făcut. Spuneţi-i ego-ului interior, cu cuvintele dumneavoastră, ceva de genul acesta: „Îţi mulţumesc pentru bunele intenţii. Mi-am dat seama că ai făcut ceea ce ai crezut de cuviinţă că este mai bine, ceea ce ai crezut că e de făcut. De ce ai considerat că trebuie procedat astfel nu-mi este clar, dar am înţeles că acesta a fost raţionamentul tău. Oricum, motivele care te-au determinat să procedezi astfel aparţin trecutului. Acum am nevoie de un alt mod de comportament pentru viitor şi prezent. Te rog, ajută-mă să elaborez noul model de comportament şi dă la o parte motivele trecute. Sarcina lor este încheiată.

Repetaţi acest text în gând de mai multe ori în zilele (săptămânile) următoare. Subconştientul dumneavoastră trebuie să fie pe deplin asigurat că aveţi cu adevărat nevoie de noi modele de comportament înainte de a renunţa la cele vechi pe care le apără animat de cele mai bune intenţii. Adresaţi un cuvânt de mulţumire protectorului dumneavoastră interior. Acesta a făcut şi va continua să facă ceea ce crede că e mai bine pentru dumneavoastră. (Acest text implică următoarele aspecte: valoarea comportamentului iniţial; ideea de *respect* pentru modul în care a acţionat subconştientul în loc de a se autoblama; elemente de întărire a ego-ului.)

- *Metafora trenului* (Hunter, 1988)

Adesea când suntem confruntaţi cu o situaţie nouă care nu ne este familiară, suntem anxioşi pentru că nu ştim nimic cu privire la situaţia respectivă. Când suntem puşi într-o astfel de situaţie este util să ne imaginăm că ea seamănă cu împrejurarea în care cineva trebuie să facă o călătorie cu trenul, dar este nervos pentru că nu a mai călătorit până atunci niciodată cu trenul (avionul). Să presupunem că persoana respectivă se numeşte doamna Ionescu.

D-na Ionescu nu a mai călătorit până acum niciodată cu trenul, dar a călătorit cu autobuzul. Ea a mers cu autobuzul chiar în oraşe diferite, astfel încât este familiarizată cu orarele de plecare şi de sosire ale autobuzelor, ştie ce trebuie să facă pentru a-şi rezerva un loc şi unde se află staţia de plecare. În autobuz, ea are conversaţii plăcute cu persoanele aşezate lângă ea.

La sosire ştie cum trebuie să procedeze pentru a-şi recupera bagajul, cum să găsească staţia de taxi sau autobuze locale ori unde să aştepte ca prietenii ei să vină să o ia.

D-na Ionescu, deşi nu a mai călătorit cu trenul, a fost de multe ori plecată de-acasă la rude sau prieteni, aşa că e obişnuită să doarmă într-un pat străin. Mai mult, când era mică îi făcea plăcere să fie legănată înainte de a adormi.

Dacă stăm bine şi ne gândim, d-na Ionescu deţine toate informaţiile care-i sunt necesare pentru a face o călătorie cu trenul, numai că până acum nu a mai folosit niciodată un asemenea mijloc de transport. Toate

aceste informaţii au fost obţinute din diferite experienţe de viaţă şi ele trebuie adunate şi aplicate la noile condiţii.

În situaţia nouă în care te afli, cere subconştientului tău să adune toate informaţiile care au vreo legătură cu respectiva situaţie şi să le grupeze într-o nouă structură care este potrivită pentru conjunctura prezentă. De fapt, ştii mult mai mult decât crezi că ştii. Bucură-te descoperind cât de multe cunoştinţe ai.

În cele ce urmează vom prezenta câteva strategii psihoterapeutice şi autoformative în cadrul cărora autohipnoza joacă un rol central. Aceste strategii pot fi utilizate de subiectul care stăpâneşte tehnica autohipnozei şi relaxării chiar în absenţa unui terapeut calificat (după Handley şi Neff, 1985) ele putând servi drept model pentru soluţionarea unor probleme de altă natură.

7.5. **Strategie pentru o cură de slăbire reuşită**

Scopul pe care şi-l propune persoana:

Voi cântări atâtea kilograme câte sunt normale pentru structura şi vârsta mea.

Vizualizarea (în stare de hipnoză):

1. Mă văd pe mine, pe plajă, în costum de baie, arătând bine.
2. Mă văd arătând suplă şi graţioasă la o petrecere la care mă simt bine.
3. Când îmi vin în minte alimentele care îngraşă şi care mă tentează, îmi imaginez că trasez X peste ele.
4. Îl văd pe soţul meu (sau oricare altă persoană) privindu-mă cu plăcere şi făcându-mi complimente că arăt bine.

Sugestii cu caracter afirmativ (administrate în stare de autohipnoză):

- Zi de zi devin tot mai suplă.
- Merită efortul să fac exerciţii şi să ţin regim.
- Îmi face plăcere să mănânc raţional pentru a-mi menţine silueta şi a-mi păstra sănătatea.
- Îmi face plăcere hrana din cadrul regimului pe care l-am ales.
- Înlăturarea gândirii negative şi restructurarea cognitivă:

– Evitarea tendinţei spre perfecţionism: „Nu e nimic dacă mi s-a întâmplat să mănânc ce nu trebuie. Cu toate acestea pot să-mi ating scopul".

– Înlăturarea tendinţei şi a ideii că mâncatul ne ajută să suportăm mai bine stresul. „Voi înceta să compensez cu ajutorul mâncatului orice pierdere. Voi înlocui gândul că voi mânca această prăjitură pentru a nu mă simţi atât de nenorocită cu gândul îmi lipseşte cu adevărat persoana X, dar mâncând prea mult nu o voi aduce înapoi. Voi depăşi treptat această pierdere. Până atunci voi avea puţină grijă de mine.

– Eliminarea concentrării negative: „voi înceta să-mi spun mereu că arăt rău pentru că sunt prea grasă. Mă voi îmbrăca cu gust şi voi pune accentul pe trăsăturile mele pozitive".

– Modificarea gândirii „albul e negru": voi înceta să prevăd că nu pot să slăbesc.

Autorii menţionaţi sunt de părere că achiziţiile obţinute pe plan psihic trebuie întărite la nivel comprotamental:

* Voi studia lucrări despre regimurile alimentare.

* Îmi voi planifica mesele astfel încât să nu depăşesc 1 500 de calorii.

* Ori de câte ori refuz un aliment care îngraşă îmi notez într-un carnet şi îmi acord o recompensă.

* Voi accepta cu plăcere complimentele pe care mi le fac alţii pentru că am slăbit şi arăt bine.

* Voi ţine un grafic zilnic al greutăţii mele.

* Voi ţine o evidenţă a progreselor din domeniul exerciţiilor fizice.

7.6. **Program pentru reducerea anxietăţii în cazul unor afecţiuni somatice grave**

Desigur, e normal ca orice persoană care află că are o boală somatică gravă ce-i ameninţă viaţa să se simtă speriată şi dezorientată. Teama excesivă însă nu face decât să accelereze evoluţia bolii. Autorii mai sus menţionaţi citează cazul unui bărbat de 62 de ani care, diagnosticat cu un cancer icipient, operabil a decedat de atac de cord datorită fricii excesive. În astfel de situaţii este necesar să reprogramăm

subconştientul pentru a pune în mişcare resursele de vindecare ale organismului. Scopul propus: Mă voi vindeca total.

Vizualizare în autohipnoză:

1. Mă văd pe mine perfect calm, radiind de sănătate.

2. Vizualizez celulele canceroase devenind tot mai slabe, tot mai lipsite de putere. Îmi reprezint globulele mele albe ca pe nişte cavaleri în armură care ucid celulele canceroas.

3. Mă văd ocupându-mă de lucrurile care îmi fac plăcere şi bucurându-mă de ele.

Sugestii afirmative (în autohipnoză)

– Zi de zi sănătatea mea se îmbunătăţeşte.

– Corpul meu are capacitatea naturală de a se autovindeca şi eu îl ajut să o facă.

– Mă simt bine şi capabil să fac acele lucruri pe care doresc să le fac.

Restructurarea cognitivă:

• Eliminarea tendinţei de a te simţi respins de toată lumea: Voi înceta să-mi spun că ceilalţi nu mă plac şi de aceea nu mă vizitează. Voi fi recunoscător acelor persoane care mă iubesc.

• Înlăturarea concentrării negative: Voi înceta să mă gândesc tot timpul doar la boala mea şi voi înlocui gândurile negative cu gânduri pozitive despre ceea ce vreau să fac în viitor.

• Eliminarea modului de gândire „albul e negru": „Voi înceta să prevăd că se vor întâmpla doar lucruri rele şi mă voi antrena să mă gândesc doar la lucruri bune."

• Înlăturarea fanteziilor imaginative cu conţinut negativ: Voi înceta să-mi spun că boala mea este ceva la care trebuie să mă adaptez şi care, în cele din urmă, mă va ucide şi voi cultiva o stare de sănătate bună.

Modificările pe plan comportamental manifest:

* Voi practica autohipnoza de 6 ori pe zi timp de câte 5 minute înainte de mă reprograma pentru o bună sănătate.

* Voi studia în amănunt boala mea astfel încât autosugestiile şi vizualizările să fie cât mai corecte. (Voi discuta cu medicul meu asupra acestor amănunte.)

* Mă voi comporta amabil cu cel puţin 5 persoane în fiecare zi pentru a evita să fiu respinsă de către acestea şi mă voi menţine într-o atitudine extroversă şi deschisă.

* Mă voi documenta mai mult şi voi practia hobby-ul meu preferat.

* Voi lua medicamentele prescrise de medic.

* Le voi spune celorlalţi că o să mă fac bine. În astfel de cazuri, Handley şi Neff (1985), recomandă ca vizualizarea să fie făcută cu cât mai multe detalii, cât mai precise. De asemenea, ei sfătuiesc pacientul să evite să-şi activeze cât mai mult expectaţiile legate de faptul că va mai trăi încă mult timp pe pământ, stabilindu-şi scopuri de lungă durată care presupun realizarea unor lucruri interesante şi folositoare celorlalţi. Să nu uităm cunoscutele cuvinte ale lui Iisus: ,,Credinţa ta te-a vindecat'', sau ,,dacă aţi avea credinţă cât un grăunte de muştar, veţi spune muntelui acesta să se mişte şi el se va mişca.''

7.7. **Program pentru abandonarea consumului excesiv de alcool**

Scopul stabilit:

Mă simt perfect fericit fără să consum băuturi alcoolice.

Vizualizare (în autohipnoză):

1. Mă văd pe mine sănătos şi relaxat.

2. Mă văd îndepărtând nişte cătuşe care îmi ţin mâinile şi picioarele legate.

3. Îmi vizualizez arterele şi venele pline de sânge roşu, curat, liber de chimicale.

4. Îmi văd creierul ca şi cum ar fi o maşină cu multe pistoane care funcţionează în armonie perfectă. Fiecare piston lucrează la timpul potrivit, ajutându-mă să gândesc clar şi eficient.

5. Mă văd la o petrecere desenând un X peste paharele cu băutură care mi se oferă.

6. Mă văd la altă petrecere mulţumit, vesel şi destins, fără să beau nimic.

Sugestii afirmative (în autohipnoză):

- Devin pe zi ce trece tot mai sănătos, fără alcool sau droguri.
- Îmi place cum funcţionează corpul şi mintea mea fără chimicale.
- Sunt liber de orice dorinţă de a consuma alcool sau medicamente neprescrise de medic.
- Mă bucur că mă voi distra la petreceri fără să beau alcool.

Restructurare cognitivă:

– Înlăturarea modului de gândire: ,,albul e negru'': ,,Voi înceta să-mi spun că nu pot să mă bucur de viaţă fără alcool sau droguri. Voi prevedea un succes total în încercarea mea de a mă lăsa de băutură.

– Oprirea fanteziilor cu conţinut cognitiv: Îmi voi aminti mereu că sunt liber să aleg calea pe care o doresc; deşi înainte am folosit alcoolul pentru a scăpa de stările proaste, acum am decis să fac faţă acestor stări, să le abordez într-un mod constructiv.

Modificări in plan comportamental:

* Ori de câte ori mi se oferă ceva de băut voi refuza.

* Voi spune tuturor cunoscuţilor şi rudelor că m-am lăsat de băutură.

* Voi înlocui deprinderea greşită cu un program de exerciţii fizice care să mă relaxeze şi să mă menţină în formă.

* Îmi voi planifica modul în care mă voi comporta la o petrecere fără să depind de alcool. Voi căuta mai curând să fiu amabil şi interesat de alţii decât să fac o impresie bună cu orice preţ.

* Îmi voi nota cu regularitate succesele, le voi revedea frecvent şi mă voi recompensa pentru ele.

Pentru ca programele propuse să aibă efect, este indicat ca, după învăţarea relaxării şi autohipnozei, acestea să fie practicate zilnic (sau chiar de mai multe ori pe zi în cazurile mai serioase) până la eliminarea problemei care ne deranjează.

Bibliografie selectivă

1. BANDLER R. *Using Your Brain for a Change*. Andreas, S; Andreas, Conirae (eds.). Real People Press, Moab Utah, 1985.
2. BARBER, Th. X; SPANOS, N; CHAVES, J.F., *Hypnosis, Imagination and Human Potentialities*. Pergá Press, Inc., New York, Toronto, Frankfurt, 1980.
3. ERICKSON, MILTON, ROSSI, E.L. *Hypntotherapy - An Exploratory Casebook*. Ivington Publishers Inc; New-York, 1992.
4. FROMM, ERIKA, SHOS, R.E., *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, Aldine, Atherton, Chicago, New York, 1972.
5. GRAHAM, G. *How to Change Your Life*. Real Option Press. 1990.
6. GHEORGHIU, Vl. *Hipnoza - realitate şi ficţiune*, Ed. Ştiinţifică. Bucureşti, 1977.
7. GHEORGHIU, Vl. CIOFU, I. *Sugestie şi Sugestibilitate*, Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1982.
8. HARTLAND, Y. *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*, Bailliere, Tindall, London, sec. ed., 1979.
9. HAVENS, R.A; WALTERS, CATHERINE. *Hypnotherapy Scripts - A Neo-Ericksonian Approach to Persuasive Healing*. Bruner Mazel. New York, 1989.
10. HILGARD, E.R., *The Experience of Hypnotic Susceptibility*. A Harbinger Book, Harcourt, Brace and Woraldn, Inc, New York, 1968.
11. HILGARD, E.R.; HILGARD JOSEPHINE. *Hypnosis in the Relief of Pain*. William Kaufmann, Inc.; Los Altos, California, 1975.
12. HOLDEVICI IRINA, VASILESCU, I.P. *Hipnoza şi forţele nelimitate ale psihismului uman*, Ed. Aldomars, Bucureşti, 1991.
13. HOLDEVICI IRINA. *Psihoterapia - un tratament fără medicamente*, Ed. Ceres, Bucureşti, 1993.
14. HOLDEVICI IRINA. *Autosugestie şi relaxare*, Ed. Ceres, Bucureşti, 1995.
15. HUNTER, MARLENE. *Psych Yourself in Hypnosis and Health*, Sea Walk Press, L.T.D., 1987.
16. HUNTER, MARLENE. *Daydreams for Discovery. A Manual for Hypnotherapists*. Sea Walk Press, Canada, 1988.
17. LANKTON, St. *Practical magic*. Meta Publications, Cupertino, California, 1980.
18. LE CRON, L.M. SELF. - *Hypnotism the Technique and its use in Daily Living*, Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1978.
19. MARCUSE, F. *Hypnosis Fact and Fiction*, Pinguin Books, 1959.

20. POWERS, M. *Advanced Techniquest of Hypnosis*, Wilshire Book Comp. Hollywood, California, 1965.
21. UNESTAHL, L.E. *Self-Hypnosis in Sports and Life in Applied Sport Psychology*, Williams, J.M (eds.) 1987.
22. WESTER, W, SMITH, A; (eds.). *Clinical Hypnosis - A Multidisciplinary Approach*; J.B. Lppincott Company, London, New York, Sao Paulo, Sydney, 1984.
23. WEITZENHOFFER, A.M. *General Techniques og Hypnotism*, Grune and Straton, Inc.; New York and London, 1957
24. WEITZENHOFFER, A.M. *An Objective Study in Suggestibility*, Science edition, John Wiley and Sons, Inc., New York, 1963.